

Enfermedad cerebrovascular: factores de riesgo y el rigor en la observación

Cerebrovascular disease: risk factors and rigorous observation

Mario Muñoz Collazos, MD (1)

Vivimos una nueva época en la visión de la Enfermedad Cerebrovascular (ECV) en Colombia: en las ediciones de 2013 y 2014 de *Acta Neurológica Colombiana* se observa un creciente número de publicaciones sobre ECV, algunas de ellas originadas en el medio universitario. Quizá esta tendencia represente un mayor interés de los programas de formación de neurólogos por las enfermedades neurológicas hospitalarias de alta prevalencia. Florecen además iniciativas de investigación como Cardiecol (Conocimiento y Acción para la reducción de la Dimensión de las Enfermedades Cardiocerebrovasculares en COlombia) (1) al tiempo que el Estado ha incluido por fin a la ECV como objetivo de una de sus Guías de Diagnóstico y Tratamiento (GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN, DEL EPISODIO AGUDO DEL ATAQUE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO EN POBLACIÓN MAYOR DE 18 AÑOS). Esta última, en particular, encargada al CINETS (Alianza U. Nacional de Colombia – Pontificia U. Javeriana y U. de Antioquia) (2). Finalmente, persisten pese a todo, diversas iniciativas, incluyendo las de la División Cerebrovascular de la Asociación Colombiana de Neurología, que han generado frecuentes encuentros nacionales de diverso nivel, destinados a la divulgación de conocimiento actual en ECV.

Esta tendencia estimula en la comunidad médica y en la comunidad no-médica, una visión del neurólogo como un profesional comprometido socialmente con las enfermedades de alta prevalencia y tentado con menor frecuencia por lo que un estimado colega llamara recientemente la “rarología”. Algunos colegas no tenemos duda de que un neurólogo joven en ejercicio, en cualquiera de nuestras IPSs hospitalarias, deberá responder por la atención de enfermos cerebrovasculares en proporciones mayores a cualquier otra patología. Su educación continuada en Enfermedad Cerebrovascular debería ser una prioridad.

Como muestra de lo dicho, esta edición de *Acta Neurológica Colombiana* publica el estudio de Bonilla y colaboradores que representa una visión de los factores de riesgo vasculares en una población hospitalaria con ECV, población esta con un llamativo alto nivel educativo que hace sospechar que proviene de capas de población económicamente solventes de la ciudad de Bogotá (3).

Además de reconocer y felicitar el esfuerzo de los investigadores, el estudio llama a la reflexión por diversas razones: la primera y más importante de todas es la selección de casos mediante la clasificación CIE10 como criterio de inclusión. Además de la poquísima información que tenemos la mayoría de los médicos en ejercicio sobre el correcto uso de esta clasificación nosológica, un estudio que pretenda incluir ECV no embólica (no cardioembólica en términos estrictos) no podría incluir los ítems I63.3, I63.5 e I63.9. Los autores no refieren haber realizado una revisión razonable de las historias clínicas con el propósito de excluir cardioembolía, circunscribiendo su análisis a pacientes con enfermedad aterotrombótica, como es en apariencia su objetivo. Otro tanto ocurre con las definiciones de los factores de riesgo. Para muestra de la importancia de las definiciones, el estudio REACH (4) citado por los autores define enfermedad arterial periférica documentada (EAP) como “aquella que cumpla uno de dos criterios: claudicación intermitente actual con un índice tobillo-brazo menor de 0.9...” Los lectores nos preguntamos si las comparaciones que los autores hacen de la frecuencia de factores de riesgo sin definición específica pueden compararse con otros estudios nacionales e internacionales. Desde luego, este es un estudio retrospectivo y la limitación de definiciones es inherente a su diseño, pero ello no impide un mínimo de definición para la hipertensión, la diabetes, las enfermedades carotídea, coronaria y vascular periférica

(1) Servicios Neurológicos. Clínica de Marly. Bogotá - Colombia

o hábito de fumar, toda vez que su análisis es el objetivo central del estudio.

Hechas las salvedades que estos sesgos producen, merecen relieve algunos hallazgos: cerca de un 25% de los pacientes ya había tenido una manifestación cerebrovascular. Esto coincide con datos no publicados de un registro hospitalario nacional del 2007. Aunque ni este último ni el estudio de Bonilla y colegas hacen referencia al tiempo de latencia entre el primer episodio y el caso índice, este coincide con los datos conocidos de recurrencia a 5 años (26.4%) mediante un metanálisis que reunió 16 estudios sobre frecuencia de recurrencia (5). No puede soslayarse la importancia del dato: representa la posibilidad de —a través de prevención secundaria— reducir la carga de ECV en una comunidad. Este tópico requiere investigación adicional, tanto a nivel nacional como internacional.

Por otra parte, el estudio de Bonilla y colegas hace especial énfasis en la hipertensión como factor de riesgo, en su tratamiento y en la adherencia al mismo. La frecuencia con la cual son hipertensos los pacientes con ACV de todo tipo, no solo aterotrombótico, es bien conocida y coincide con la observación de este estudio, pero hay interesantes observaciones respecto del tratamiento: casi el 100% de los pacientes habían sido recetados con medicamentos y algo más del 80% los recibían acorde con la receta. El estudio no menciona cómo se midió la adherencia, pero las cifras son altamente favorables si se considera que diversas observaciones en Colombia sugieren otro escenario. Un interesante estudio que mide la adherencia mediante el método de Morinsky-Green (6) demostró un

30.1% de HTA no controlada por pobre adherencia al tratamiento en IPSs urbanas en Colombia y esta mala adherencia se relacionó con el tipo de IPS y del uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS), entre otras. No obstante, el documento más interesante y reciente es una tesis de grado desarrollada en Manizales (7) con datos provenientes de dos IPSs de municipios del departamento de Caldas, en la cual se demuestra, con un rigor que ya quisieran estudios de mayor difusión, que la adherencia al tratamiento es inferior al 50% y que la no-adherencia se relaciona con la falta de información del paciente sobre la hipertensión y sus consecuencias, así como la deficiencia en los programas de seguimiento. La sorprendente alta frecuencia con la cual reciben tratamiento y observan adherencia los pacientes hipertensos de la muestra, contrasta con las conclusiones de Bonilla y colegas, cuando se concluye que mejores controles hipertensivos reducirían la incidencia de la ECV. Desde luego, no es posible afirmar que esos resultados planteen un aumento en la frecuencia de factores de riesgo en el país.

Como lectores de *Acta Neurológica Colombiana* no nos cansamos de festejar la presencia de la Enfermedad Cerebrovascular en sus páginas, pero hacemos un llamado amable para revisar con mayor juicio crítico lo que publicamos. Estamos seguros de que Bonilla y colaboradores revisarán sus métodos y nos brindarán en breve datos de mejor calidad que, sumados a otros muchos de diverso origen, nos ayuden a comprender mejor el panorama de la ECV en nuestro país, conscientes de que sus características no son iguales a las de la ECV en países con altos ingresos.

REFERENCIAS

1. Cardicol. [internet] Bucaramanga. Universidad Autónoma de Bucaramanga; 2013 © [cited 2014 Ago 3]. Available from: <http://www.cardicol.org/>
2. Cinets Alianza. [internet]. Bogotá. Centro Internacional de Investigación en Tecnologías de la Salud. 2009 [cited 2014 Ago 3]. Available from: http://alianzacinets.org/index.php?option=com_content&view=article&id=283&Itemid=863
3. BONILLA NP, OLIVEROS H, PROAÑOS J, ESPINEL B Y COLS. Estudio de frecuencia de los factores de riesgo asociados al desarrollo de enfermedad cerebrovascular isquémica no embólica en un hospital de tercer nivel. *Acta Neurol Colomb* 2014; 30: 149-155.
4. BHATT DL, STEG, GP, OHMAN GM Y COLS. International Prevalence, Recognition and Treatment of Cardiovascular Risk Factors in Outpatients With Atherothrombosis- *JAMA*. 2006;295:180-189
5. MOHAN KM, WOLFE CDA, RUDD AG Y COLS. Risk and Cumulative Risk of Stroke Recurrence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Stroke*. 2011;42:1489-1494.
6. HERRERA R, ESTADÍSTICO, BADIÉL M, ZAPATA H. Factores asociados al no control de la presión arterial en pacientes inscritos al programa de hipertensión de una Entidad Promotora de Salud en Cali-Colombia. *Rev Col Cardiol* 2004. 16: 145-152
7. PIEDRAHITA MC, CHAVARRO LM. Adherencia a un programa estatal de control de la Hipertensión Arterial. Estudio de casos en dos municipios de Colombia. 2010-2011. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales Facultad de Ciencia de la Salud. 2012. [cited 2014 Ago 3]. Available from: [http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/366/1/D.%20adh.%20Dorada-Viterbo-dic%2009%202012%20DCR%20\(1\)%20-%20copia.pdf](http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/366/1/D.%20adh.%20Dorada-Viterbo-dic%2009%202012%20DCR%20(1)%20-%20copia.pdf)