

Editorial: Epidemiología de la Enfermedad Cerebrovascular en Latinoamérica (Ictus Vascular Cerebral)

Dr Franz Chaves Sell

Profesor UCIMED

Academia Nacional de Medicina de Costa Rica

Dr Marco Tulio Medina

Profesor Universidad Nacional de Honduras

Director del Programa de Post Grado de Neurología.

Los Ictus Vasculares Cerebrales (AccidenteVascularCerebral.) son todos aquellos trastornos en los cuales se daña un área del cerebro en forma permanente o transitoria, a causa de isquemia o hemorragia y/o también los padecimientos en los cuáles uno o más vasos sanguíneos presentan una alteración primaria por algún proceso patológico.

Existen diferentes tipos de ictus vascular cerebral siendo sin duda alguna los eventos isquémicos la gran mayoría ya que representan el 90% y se deben como ya sabemos son resultado de enfermedades como la aterotrombosis a nivel de las bifurcaciones de los grandes vasos, las embolias arterio-arteriales y las embolias de origen cardíaco.

También han sido ampliamente reconocidos los factores de riesgo de la enfermedad vascular cerebral, los cuales son compartidos con los factores que observamos en la enfermedad coronaria y vascular periférica y entre los que destacan, la **Hipertensión Arterial** que aumenta el riesgo 5 veces (1) y es el factor más importante que puede ser controlado la **Diabetes Mellitus** factor de riesgo independiente y también controlable, el **Tabaquismo** que aumenta el riesgo 4 veces (2), las **Dislipidemias** que incrementan el riesgo 5 veces y la **Edad** ya que la incidencia de Ictus aumenta un 10% por año después de los 45 años (3).

En estudios epidemiológicos recientes en los Estados Unidos, se ha determinado que la prevalencia de este tipo de trastorno ronda los 1.200 pacientes por 100.000 habitantes y la incidencia, los 200 por 100.000 habitantes por año. (4) La American Heart Association y los Institutos Nacionales de Salud han estimado que 550.000 nuevos casos de accidentes vasculares cerebrales ocurren por año en los Estados Unidos, basándose en los índices obtenidos en poblaciones de raza blanca

predominante en el estudio de Framingham.(5) Sin embargo recientemente al analizar los índices entre población negra en otros estados y ciudades como Cincinnati, Kentucky y Rochester Minnesota, se han podido hacer estimaciones de por lo menos 730.000 nuevos casos por año, considerando que los factores de riesgo en éstas poblaciones son de más difícil control que en las poblaciones blancas. Siempre en relación con la raza, en 1995 los índices de muerte por 100.000 habitantes por A.V.C. fue de 26.5% para hombres blancos y 52.2 para hombres negros, o sea un 97% más alto y 21.3 % para mujeres blancas y 39.6% para mujeres negras, lo que significa 71.4% más alto en afro-americanos.

También en 1995 las mujeres norteamericanas representaron el 61% de las muertes por Ictus Vascular Cerebral. Es relevante señalar que los pacientes con Ictus, conforman el 50% de todos los pacientes hospitalizados por enfermedades neurológicas agudas, además de que el 28% de víctimas anuales son menores de 65 años de edad. También existen estudios de población en otros países desarrollados como Australia que han demostrado una distribución similar de los subtipos de Ictus en pacientes de raza blanca, aunque señalando la posibilidad de encontrar diferencias dentro del mismo país, con diferentes grupos étnicos (6).

El aumento en la magnitud y en la gravedad de las enfermedades vasculares, ha sobrepasado todas las expectativas, particularmente en América Latina y el Caribe en donde el problema creció en forma tan rápida que puede considerarse una epidemia, representando en términos generales la tercera causa de muerte (7).

Sin embargo en lo que a países en vías de desarrollo se refiere, como es el caso del contexto latinoamericano, es clara la ausencia de estudios epidemiológicos de campo con una adecuada metodología y lo poco que encontramos en países como Costa Rica, se basa fundamentalmente en registros de egresos hospitalarios que no nos arrojan información sobre la prevalencia e incidencia de la enfermedad.

Son muy relevantes los resultados del meta-análisis de 18 estudios (7 estudios de población y 11 registros hospitalarios) realizado por Saposnick y Del Bruto, que mostraron una prevalencia del ictus en Sudamérica de 1.74 a 6.51 x1000 y una incidencia de 0.35 a 1.83 x1000, sugiriendo que el problema se presenta en menor medida que en los países desarrollados. También el patrón de los subtipos de Ictus fue diferente, con una mayor presencia de las hemorragias, de la enfermedad de pequeños vasos y de lesiones arterioescleróticas intracraneales (8).

En los países de Centroamérica hasta el momento el único estudio epidemiológico de campo que tenemos, es el realizado por los Drs Zelaya, Medina y colaboradores, en la Colonia Kennedy de Tegucigalpa, Honduras, con resultados aun no publicados, en donde la prevalencia encontrada es de 5.7 coincidiendo con el promedio de la mayoría de los estudios realizados en población en países no desarrollados, también con una incidencia de 65.6 x 100,000, menor a la reportada en otros estudios realizados (9)(10)(11)(12)(13). La mortalidad por ictus fue de 32.5 x 100,000 que al compararla con el único estudio encontrado en la literatura donde se reporta mortalidad en la población y no en pacientes de un Hospital, realizado en Assam, India, ellos encuentran que es de 91 x 100,000 (13). Finalmente reportan como factores de riesgo más prevalentes, la Hipertensión arterial (91.9), tabaquismo (78.4), hipertrigliceridemia (50.5), alcoholismo (49.9), hipercolesterolemia (48.5), diabetes mellitus (43.3), cardiopatía (24.2) y trombosis venosa profunda (3.28). Aquí se encuentran como vemos resultados muy semejantes a los reportados en países de Sudamérica, pero con algunas particularidades interesantes, como la presencia del alcoholismo como factor de riesgo muy relevante producto de rasgos culturales, étnicos y genéticos propios de nuestra región. Lo anterior demuestra la importancia de promover la realización de estudios de campo propios, que nos permiten reconocer nuestras particularidades y así intervenir sobretodo en aquellos factores de riesgo modificables con adecuados programas de atención y prevención sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Bonita R. Epidemiology of Stroke. Lancet. 1992; 339:342-344
2. Shinton R, Beevers G. Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke. Brit Med J. 1989; 298:789-794
3. Davis P, Hachinski V. Epidemiology of Cardiovascular Disease. Neuroepidemiology: CRC Press 1991: 27-53
4. Whisnant JP, Changing Incidence and Mortality Rates for Stroke. J Stroke Cerebrovascular Disease, 1992; 2:42-44

5. Wolf PA, D'Agostino RB, Belanger AJ, Kannel WB. Probability of stroke: a risk profile from the Framingham Study. Stroke 1991b;22:312-8.
6. Thrift AG, Dewey HM, Macdonell RA, McNeil JJ, Donnan GA. Incidence of the major stroke subtypes: initial findings from the North East Melbourne stroke incidence study (NEMESIS). Stroke 2001 Aug;32(8):1732-8
7. Panamerican Health Organization. Health Conditions in the Americas 1994, vol.1; Washington DC: PAHO, Sei Publ. 1994; 549:217-225
8. Saposnik G, Del Brutto O. Stroke in South América: a sistematic review of incidence, prevalence, and stroke subtypes. Stroke 2003; 34:2103-2108
9. Banerjee TK, Mukherjee CS, Sarkhel A. A population-based study of stroke in Calcuta, India. Journal of Neurological Sciencies 2001; 187 (suppl 1):S197
10. Nicoletti A, Sofia V, et al. Prevalence of stroke: a door to door survey in rural Bolivia. Stroke 2000 Apr;31(4):882-5
11. Krishan A, Pandav CS, Kapoor SK. Epidemiology of morbity and mortality of stroke in India-A review. Journal of Neurological Sciencies Jun 2001; 187 (suppl 1):193
12. Ketzoian C, Salamano R, et al. Prevalence of stroke in a population of Uruguay. Study of "Villa del Cerro".
13. Borah N, Das R, et al. Prevalence, Incidence, Mortality, Morbidity and the risk factors of stroke: The magnitude of the problem in Assam. Journal of neurological Sciencies Jun 2001; 187(supple 1):198