

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INFARTO CEREBRAL ATEROTROMBÓTICO

Por:

Dr. Rafael Emilio Espinosa González¹, Dra. Eneida Amparo Rodríguez Casas² y Dra. Ana Hortensia Pérez López³

1. Especialista de I Grado en Neurología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro" Santa Clara, Villa Clara. Instructor. ISCM-VC. e-mail: rafaeleg@hamc.vcl.sld.cj
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico "Ramón Pando Ferrer" Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Neurología. Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico "Camilo Cienfuegos" Sancti Spíritus.

Descriptor DeCS:

INFARTO CEREBRAL/epidemiología
TRASTORNOS CEREBROVASCULARES
FACTORES DE RIESGO

Subject headings:

CEREBRAL INFARCTION/epidemiology
CEREBROVASCULAR DISORDERS
RISK FACTORS

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) constituyen un problema de salud mundial, en los países desarrollados y en Cuba, se encuentran dentro de las tres primeras causas de muerte, con una incidencia de 150-200 por 100 000 habitantes, y cerca del 25 % de los enfermos fallece, fundamentalmente personas con edades de más de 65 años. Ellas ocupan el primer lugar por su frecuencia entre todas las perturbaciones neurológicas; es, además, la enfermedad neurológica de mayor prevalencia de la población adulta mayor de 65 años, y constituye una de las principales causas de invalidez funcional, lo que determina una gran carga social y un elevado costo económico. En nuestro país, en el Anuario Estadístico de 2005, se informaron 8 787 defunciones por enfermedad cerebrovascular, con una tasa cruda de 78,1/100 000 habitantes, y ocurrieron en Villa Clara 591 defunciones, para una tasa cruda de 72,3/100 000 habitantes^{1,2}.

No menos del 50 % de los problemas neurológicos que se presentan en un hospital general se deben a enfermedad cerebrovascular. Aproximadamente el 80 % de estas son debidas a infarto cerebral, y el 70 % son de tipo aterotrombótico³.

Los hallazgos epidemiológicos del estudio de Framingham contribuyeron a identificar numerosos factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cerebrovasculares, y varios estudios han demostrado que solo la intervención sobre ellos ha contribuido a disminuir su incidencia⁴.

Para determinar estos factores, se realizó este estudio descriptivo en 126 pacientes ingresados en el hospital con diagnóstico clínico corroborado por tomografía axial computadorizada de infarto cerebral aterotrombótico, mediante un muestreo incidental en el período comprendido entre marzo de 2004 y marzo de 2005.

Los resultados fueron los siguientes: el grupo de edades más afectado fue el de 65 y más; correspondieron al sexo masculino 43 pacientes (48,87 %) y 45 al sexo femenino (51,13 %). La distribución por sexo, en general, presentó 64 pacientes masculinos y 62 femeninos. No hubo

diferencia significativa entre ambos sexos, en relación con los grupos de edades afectados. En nuestra muestra, se encontró que el promedio de edad fue de 72,3 años.

El Northern Manhattan Stroke Study encontró que la edad promedio de ictus isquémico era de 80 años; sin embargo, Tanizaki y colaboradores⁵ en el Hisayami Study, de 298 pacientes estudiados, informaron que la edad promedio fue de 56 años para varones y de 57 para las mujeres.

Evidentemente, la edad es el principal factor de riesgo no modificable; los cambios que ocurren en los vasos por el proceso "normal" de envejecimiento favorecen su oclusión con su traducción clínica según la duración y topografía de la isquemia. Cada decenio, entre los 45 y 85 años el riesgo de infarto cerebral se duplica. La mayoría de los casos se presenta después de los 65 años^{3,6}.

Con relación a los factores modificables estudiados, el más frecuente fue la hipertensión arterial (66,7 %); le sigue, en orden descendente, el tabaquismo con 23 % y la diabetes mellitus con 20,6%. El ataque transitorio de isquemia previo solo representó el 7,9 % en la muestra examinada por nosotros. Otros factores de riesgo, como alcoholismo, dislipidemias y otros (hematócrito elevado e hiperuricemia) tuvieron valores bajos.

La hipertensión arterial es el factor de riesgo no modificable más importante, con una alta prevalencia en la población; en Villa Clara existen aproximadamente 165 794 hipertensos, que representan un 20,32 %⁵. La hipertensión arterial produce un daño evidente sobre los vasos, y repercute de forma directa en el cerebro e indirectamente por la cardiopatía que produce. La hipertensión arterial favorece la arterosclerosis y la lipohialinosis de las pequeñas arterias perforantes, aumenta la aterosclerosis en las arterias extra- e intracraneales y produce cardiopatía isquémica, hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular⁴⁻⁷.

En un estudio de pacientes ingresados por enfermedades cerebrovasculares, realizado en España, el 65 % de los mismos eran hipertensos⁸.

El tabaquismo es también un factor de riesgo de gran valor para que se produzca el infarto cerebral isquémico aterotrombótico. Según datos del estudio de Framingham, el número de años como fumador se correlaciona con el riesgo de ictus y con el grado de ateromatosis carotídea, independientemente de otros factores; el riesgo relativo es de 1,6 en varones y 1,9 en mujeres. Diversos estudios epidemiológicos han demostrado que la nicotina estimula la liberación de catecolaminas, las cuales favorecen la vasoconstricción y la agregación plaquetaria; el monóxido de carbono puede producir lesión del endotelio vascular⁷.

Tanto la diabetes mellitus tipo I como la tipo II son factores de riesgo independiente de aterosclerosis cerebral, y el riesgo relativo de ictus isquémico es de dos a tres veces más alto con respecto a los no diabéticos. La diabetes mellitus aumenta la aterosclerosis y la microangiopatía de los vasos cerebrales extra- e intracraneales, incluyendo los perforantes. Se considera un factor de riesgo por sí mismo, aunque frecuentemente coexiste con otros que empeoran la lesión⁴⁻⁸.

Referencias bibliográficas

1. Miranda J, Pérez G. Epidemiología. En: Miranda JA. Enfermedades cerebrovasculares. Santiago de Cuba: Oriente; 2004. p. 31-57.
2. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud pública. La Habana: MINSAP; 2005.
3. Ropper AH, Brown RH. Cerebrovascular diseases. En: Ropper AH, Brown RH, Adams RD, Victor M. Principles of neurology. 8^{va} ed. New York: McGraw-Hill Interamericana; 2005. p. 660-74.
4. Orbiagele B, Kidwell C, Saber J. Epidemiological impact in the USA of a tissue-based definition of TIA. Stroke. 2003;34:919-24.
5. National Cholesterol Education Program. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). Expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adult treatment Panel III). Final Report. Circulation. 2002;106:3143-3421.
6. Purroy F, Montaner J, Delgado P, Ribo M, Arenillas J. Factores clínicos predictores de la aparición de episodios vasculares tras un ataque isquémico transitorio. Rev Neurol. 2004;38(5):416-21.
7. Kannel TW, Wolf PA, Verter J. Manifestations of coronary diseases predisposing to stroke. The Framingham Study. JAMA. 1983;50:2942.

8. Barrero F, Gómez M, Gutiérrez J, López M, Casado A. Análisis descriptivo de pacientes ingresados por enfermedad cerebrovascular aguda. Rev Neurol. 2001;32(6):511-9.

Recibido: 14 de enero de 2008
Aprobado: 29 de enero de 2008