



EDITORIAL

Sobrevivir a un ictus: ¿sin novedad en el frente o la gran ilusión?

Surviving a stroke: is all quiet on the front or the great illusion?

El ictus sigue siendo una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo, y representa una carga considerable tanto económica como social para los pacientes, sus familias y la sociedad. En España es la primera causa de muerte en mujeres y la tercera en varones. Asimismo, constituye la primera causa de invalidez y la segunda de demencia. Su incidencia y prevalencia aumenta con la edad¹. De hecho, las tres cuartas partes de los ictus afectan a individuos mayores de 65 años, por lo que se puede considerar una enfermedad del anciano. A causa del progresivo envejecimiento de la población española la enfermedad cerebrovascular continuará encabezando el gasto sanitario, y sus repercusiones económicas, sociales y de salud pública tendrán un gran impacto en las próximas décadas.

Indudablemente, la introducción de las Unidades de ictus ha mejorado el pronóstico de estos pacientes y ha reducido su mortalidad². Sin embargo, uno de los principales problemas ante un paciente que ha sobrevivido a un ictus es la posibilidad de que vuelva a ocurrir un nuevo episodio vascular no solo cerebral sino también sistémico, como la enfermedad coronaria o la muerte de causa vascular³.

Durante los últimos años han aparecido diversos estudios que abordan aspectos de prevención del paciente con ictus, destacando la importancia de una correcta identificación de factores de riesgo modificables y el tratamiento global de los mismos. La modificación del estilo de vida, el control estricto de la presión arterial, niveles de colesterol y glucosa en sangre, además del tratamiento antitrombótico o la intervención quirúrgica o endovascular sobre la arteria carótida cuando así fuese necesario, ayudarían a reducir el riesgo de recurrencia de un ictus⁴.

En el desarrollo de un ictus son múltiples los mecanismos biológicos etiopatogénicos implicados (genéticos, envejecimiento vascular, disfunción endotelial, estrés oxidativo, inflamación) y en gran parte relacionados entre sí de forma compleja⁵. La hipertensión arterial (HTA) es, sin lugar a dudas, el factor de riesgo cardiovascular (FRCV) modificable con mayor impacto tanto para la prevención primaria como para la prevención de la recurrencia de un ictus^{3,6-8}. No obstante, a pesar de disponer de evidencia suficiente

para mejorar la incidencia en la recurrencia de un ictus, no existen grandes novedades en cuanto al control de los FRCV. En efecto, el porcentaje de control de la HTA y de otros FRCV en los pacientes que han sufrido un ictus es pobre, como han puesto de manifiesto dos estudios recientes llevados a cabo en España: el estudio IMPACTO⁹ y el estudio ICTUSCARE¹⁰. El control de la HTA en estos estudios fue del 23,8% y del 17,6% respectivamente, pero el control de todos los FRCV se logró tan solo en el 3,3% y el 1,2% respectivamente.

Por otra parte, diferentes revisiones y metaanálisis han analizado las posibles escalas o predictores de readmisión hospitalaria, recurrencia de ictus y muerte vascular tras sufrir un ictus mostrando una considerable variación en sus resultados, principalmente por la gran heterogeneidad de los estudios realizados y el tiempo de seguimiento considerado en cada estudio^{11,12}. No obstante se podría considerar que, además de la gravedad del ictus, la edad, la HTA, la diabetes y la enfermedad cardiovascular previa desempeñarían un papel muy importante en el futuro del paciente que ha sufrido un ictus.

En un estudio de cohortes retrospectivo realizado en España, que incluía a 415 pacientes con un primer ictus isquémico, publicado en el presente número de *REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA*, se ha constatado que la supervivencia global a 10 años fue del 55,4%¹³. Las variables que se asociaron con la mortalidad fueron esencialmente la edad, la comorbilidad y la gravedad inicial del ictus isquémico. Un dato interesante es que el uso de estatinas se relacionó con una menor incidencia de muerte.

A pesar de que la relación entre colesterol total, colesterol LDL e ictus no es tan consistente como sí lo es con la cardiopatía isquémica, se ha observado que un descenso del colesterol con estatinas reduce la incidencia de ictus en poblaciones de alto riesgo y en pacientes que han sufrido un ictus isquémico o un accidente isquémico transitorio (AIT). De hecho, el tratamiento con estatinas es uno de los principales avances en la prevención de ictus desde la introducción del ácido acetilsalicílico o el control de la presión arterial¹⁴. Además, el beneficio del tratamiento con estatinas en la prevención de enfermedad

cardiovascular se ha observado tanto en pacientes con enfermedad vascular cerebral de pequeño vaso, como en ictus aterotrombóticos¹⁴. En las últimas Guías de la *American Heart Association* de 2011 se recomienda (Nivel de evidencia B; Clase I) la instauración de estatinas en todos aquellos pacientes que han sufrido un ictus isquémico o un AIT, sin evidencia de enfermedad coronaria, y que tienen unos valores de colesterol $LDL \geq 100 \text{ mg/dl}^3$.

En definitiva, existe un amplio abanico de posibilidades para prevenir la morbimortalidad asociada al paciente que ha sufrido un ictus. Todas las estrategias sanitarias que potencien un estricto control de todos los FRCV en estos pacientes de alto riesgo cardiovascular podría convertir la «ilusión» en realidad.

Bibliografía

1. Redondo AB, Elosua R, Marrugat J. Epidemiología del ictus y sus factores de riesgo en España. En: Montaner J, editor. Prevención del ictus isquémico. Barcelona: Editorial ICG Marge SL; 2008. p. 21–34.
2. Masjuan Vallejo J. Stroke unit: the best treatment for stroke patients. *Neurologia*. 2009;24:285–7.
3. Furie KL, Kasner SE, Adams RJ, Albers GW, Bush RL, Fagan SC, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2011;42:227–76.
4. Rigau Comas D, Álvarez-Sabin J, Gil Núñez A, Abilleira Castells S, Borrás Pérez X, Armario García P, et al. Guía de práctica clínica sobre prevención primaria y secundaria del ictus. *Med Clin (Barc)*. 2009;133:754–62.
5. Sierra C, Coca A, Schiffrin EL. Vascular mechanisms in the pathogenesis of stroke. *Curr Hypertens Rep*. 2011;13:200–7.
6. Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ, Appel LJ, Braun LT, Chaturvedi S, et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2011;42:517–84.
7. The European Stroke Organization (ESO). Executive Committee and the ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovasc Dis*. 2008;25:457–507.
8. Rodgers A, MacMahon S, Gamble G, Slattery J, Sandercock P, Warlow C. Blood pressure and risk of stroke in patients with cerebrovascular disease. The United Kingdom Transient Ischaemic Attack Collaborative Group. *BMJ*. 1996;313:147.
9. Álvarez-Sabin J, Quintana M, Hernández-Presa MA, Álvarez C, Chaves J, Ribo M. Therapeutic interventions and success in risk factor control for secondary prevention of stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2009;18:460–5.
10. Abellán-Alemán J, Ruilope Urioste LM, Leal Hernández M, Armario García P, Tiberio López G, Martell Claros N. Control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con ictus atendidos en atención primaria en España. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:329–35.
11. Lichtman JH, Leifheit-Limson EC, Jones SB, Watanabe E, Bernheim SM, Phipps MS, et al. Predictors of hospital readmission after stroke: a systematic review. *Stroke*. 2010;41:2525–33.
12. Weimar C, Benemann J, Michalski D, Müller M, Luckner K, Katsarava Z, et al. Prediction of recurrent stroke and vascular death in patients with transient ischemic attack or nondisabling stroke: a prospective comparison of validated prognostic scores. *Stroke*. 2010;41:487–93.
13. Mérida-Rodrigo L, Poveda-Gómez F, Camafort-Babkowski M, Rivas-Ruiz F, Martín-Escalante MD, Quirós-López R, et al. Supervivencia a largo plazo del ictus isquémico. *Rev Clin Esp*. 2012;212:223–8.
14. Amarenco P, Labreuche J. Lipid management in the prevention of stroke: review and updated meta-analysis of statins for stroke prevention. *Lancet Neurol*. 2009;8:453–63.

C. Sierra

Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular,
Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínic de Barcelona,
Barcelona, España
Correo electrónico: c.sierra@clinic.ub.es