

Factores de riesgo e ictus en pacientes de diferentes edades

Sr. Director:

He leído atentamente el interesante trabajo de O. Acha et al¹ donde determinan la frecuencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes de diferentes edades con accidente cerebrovascular agudo (ACVA). El esfuerzo de revisión retrospectiva de 1.077 historias es notable y tiene un incuestionable mérito. Sin embargo, presenta ciertos defectos, en mi opinión, en el apartado «pacientes y métodos» que desluce los resultados y conclusiones del estudio. Los autores recogieron los datos siguiendo un protocolo con definiciones preestablecidas de cada variable.

Clasificación de hipertenso: pacientes con $\geq 160/90$ mmHg durante el ingreso. No se describe como se midió la tensión arterial (TA): aparato de mercurio, aneroides, automático (tipo Omron validado), si se hizo lectura única, seriadas, una media de todas las lecturas, etc. Todos estos aspectos aportan gran variabilidad a los resultados. Las cifras de TAS ≥ 160 mmHg no son las que se utilizan, por consenso, desde hace años en la definición de hipertensión arterial (HTA), sino las de $> 140/90$ mmHg. Además, en diabéticos (22% de la serie) las cifras de HTA son $> 130/85$ mmHg. Existe, por tanto, una subestimación de la frecuencia de HTA en la serie. No se indica si los pacientes previamente diagnosticados de hipertensos seguían tratamiento farmacológico apropiado y si el control de la TA era efectivo antes del evento vascular. Hay evidencia de que el tratamiento antihipertensivo eficaz en pacientes sin enfermedad vascular e independientemente de la edad disminuye el riesgo de ACVA^{2,3}.

Hiperlipidemia: definieron así a los pacientes diagnosticados previamente (no se indican criterios) y los que mostraban cifras de colesterol total o triglicéridos > 250 mg/dl. Los criterios actuales son: colesterol total > 200 mg/dl (subestimación). Falta la referencia al nivel de colesterol lipoproteína de alta densidad (c-HDL) (FRCV independiente)⁴. No se indica si llevaban tratamiento ni tipo del mismo (estatinas, etc.), ni si la hiperlipidemia estaba controlada adecuadamente. Existe evidencia de que las estatinas reducen el riesgo de ACVA en pacientes con cardiopatía coronaria (16% en la serie) y ACVA o accidente isquémico transitorio (AIT) previos (28% en la serie)^{2,3}.

Fibrilación auricular: no indican si los 409 pacientes (38%) recibían tratamiento apropiado (anticoagulación o ácido acetilsalicílico [AAS] si contraindicación) antes del evento. Hay evidencia de que en pacientes con fibrilación auricular (FA) y sin ningún otro FRCV la anticoagulación o la aspirina son efectivos en la prevención primaria^{2,3}.

No se menciona si aquellos pacientes con alto o muy alto riesgo de ACVA recibían tratamiento antiagregante (AAS, clopidogrel, etc.) previo al evento vascular.

Se aprecia una carencia fundamental en el estudio: la estratificación en grupos de riesgo (alto, moderado, bajo) en función de los FRCV identificados⁵. Además de la frecuencia de los distintos FRCV en la serie, la carga de riesgo vascular individual indicando el número de FRCV asociados (y tipo) hubiera permitido establecer la proporción de cada nivel de riesgo dentro de la serie y facilitar una intervención más eficaz sobre los FRCV en los grupos de alto y moderado riesgo de ACVA (el más numeroso habitualmente). No se puede efectuar una prevención primaria individualizada eficaz sino se identifican y cuantifican los distintos FRCV modificables de acuerdo a los recientes criterios establecidos por las distintas sociedades nacionales y/o internacionales. Además de la falta de información acerca de la eficacia de la prevención primaria no se menciona el nivel de control de la prevención secundaria en los 298 pacientes (28% de la serie) con ACVA/AIT previo.

Conclusión: una metodología incompleta y/o defectuosa en un estudio descriptivo-retrospectivo puede restar utilidad a los resultados al dificultar su comparabilidad con otros estudios semejantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acha O, Hernández JL, Penado S, Cano M, Riancho JA. Factores de riesgo e ictus en pacientes de diferentes edades. *Rev Clin Esp* 2003;203: 189-92.
2. Clinical evidence [editorial]. 6th ed. London: BMJ Publishing Group, 2001.
3. Clinical evidence [editorial]. 8 issue. London: BMJ Publishing Group, 2002.
4. Grundy SM, Balady GJ, Criqui MH, et al. Primary prevention of coronary heart disease: guidance from Framingham. A statement for healthcare professionals from the AHA Task Force on risk reduction. *Circulation* 1998; 97:1876-87.
5. Gil Extremera B. Factores de riesgo cardiovascular. *Rev Clin Esp* 2002; 202 (extraord. n.º 2).

E. Antón Aranda
Servicio de Medicina Interna.
Hospital de Zumárraga. Guipúzcoa.