

La investigación en epidemiología del ictus en España. ¿Estudios de base poblacional o utilización de aproximaciones a partir del CMBD?

Jorge Matías-Guiú

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Universidad Complutense de Madrid.
Madrid. España.

En el presente número de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA se publica una estimación epidemiológica sobre la incidencia del ictus en Cataluña, realizada a partir del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) obligatorio en todos los hospitales españoles¹. El CMBD es un recurso de gran interés en la planificación sanitaria y en el conocimiento de cuál y cómo es la frecuentación hospitalaria. El interés del artículo es si ésta valoración puede suponer, además, una adecuada fuente para la epidemiología que nos permita establecer la frecuencia del ictus, teniendo en cuenta los cambios establecidos en la atención sanitaria de la enfermedad cerebrovascular en la última década, y puede permitir cambiar los criterios para la investigación en la epidemiología del ictus².

La epidemiología del ictus ha estado marcada por las discrepancias metodológicas. La cuestión sobre si hay diferencias geográficas o raciales en diferentes poblaciones y la repercusión de las intervenciones poblacionales sobre los factores de riesgos en su incidencia obligaban a disponer de datos epidemiológicos comparables. En 1987, Malmgren et al³, que formaban parte del Estudio de Oxford, establecieron lo que denominaron criterios ideales para el análisis de la epidemiología del ictus, y que obligaba a estudios poblacionales muy intervencionistas para garantizar una selección completa, ya que consideraban que la información de los registros hospitalarios y del registro de defunciones era insuficiente e impedía la comparación de los estudios. En este sentido, la apuesta de Marrugat et al¹ va en el sentido opuesto, al suponer que el CMBD tiene una difusión tan amplia que garantiza una selección suficiente.

VÉASE ARTÍCULO EN PÁGS. 573-80

Correspondencia: Dr. J. Matías-Guiú.
Hospital Clínico San Carlos.
Avda. Prof. Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid. España.
Correo electrónico: neurol@salud.madrid.org

Full English text available from: www.revespcardiol.org

Varias cuestiones deben tenerse en cuenta al comparar los datos del estudio de Marrugat et al¹ con el resto de la literatura científica. En primer lugar, en el estudio que analizamos se incluyen todos los episodios de ictus, dado que no se establece que los pacientes que hayan presentado varios ingresos, o ingresos previos al año 2002, hayan sido excluidos. El ictus es una enfermedad, y lo que nos interesa fundamentalmente no son los episodios, sino la población en riesgo, de forma que en la mayoría de los estudios poblacionales sólo se incluye de manera específica a los pacientes con el primer episodio de ictus (*first-ever stroke*), como caso incidente, ya que un nuevo episodio de ictus en un paciente que lo ha experimentado previamente no supone el inicio de la enfermedad. Por ello, al comparar los datos de Marrugat et al¹ con estudios poblacionales debe tenerse en consideración este punto.

Un segundo aspecto importante es la duración del estudio. Para Malmgren et al³, los estudios epidemiológicos deben tener al menos una duración de 5 años, dada las diferencias estacionales en la presentación de los episodios. Esta limitación ha hecho que haya muy pocos estudios poblacionales considerados como ideales y, aunque es probable que este período tan largo sea excesivo, un solo año de selección puede ser demasiado corto. La experiencia hospitalaria nos enseña que hay períodos donde la incidencia es variable y, por ello, es probablemente necesario que duración del estudio sea mayor para podernos acercar mejor a una estimación real.

Por último, el ámbito de población del estudio es muy grande. Denominadores poblacionales grandes permiten reducir los intervalos de confianza y presentar cifras aparentemente más ajustadas, pero condicionan un descenso en la intensidad del reclutamiento, por lo que suelen conllevar tasas bajas. En todo caso, también es difícil establecer comparaciones con otros estudios, por que los datos no están ajustados a una población estándar.

En España no disponemos de estudios epidemiológicos ideales sobre el ictus. La mayoría de la información de que se dispone se basa en registros hospitalarios, en encuestas sobre puerta a puerta en población

TABLA 1. Tasa de incidencia (1.000/a) de first-ever stroke según los criterios de Malmgrem en Cocentaina (área de Alcoi, Alicante)

55-64	65-74	> 75	75-84	> 85	Incidencia/1.000
0,9	5,0	17,6	15,7	26,3	1,5

total por muestreo o mediante el registro de defunciones. Algunos que se acercan a estas características, como el estudio de Requena o el de Alcoi, no están publicados al no cumplir los requisitos de estudios ideales. El estudio poblacional de Alcoi, realizado en el área de Cocentaina en 1989, duró un año, en lugar de 5. El estudio más completo corresponde al estudio de Segovia, pero se realizó en pacientes con ictus reversibles⁴. Este estudio demostró 150 casos nuevos por 100.000 habitantes en un año (tabla 1), mientras que Marrugat et al¹ hallan cifras mayores, lo que probablemente se explica porque se haya incluido a todos los pacientes con ictus. El estudio de Oxfordshire⁵, por ejemplo, mostró 160 casos nuevos por 100.000 habitantes, aunque la incidencia ha ido descendiendo de manera paulatina en los últimos 20 años. Un aspecto comparativo interesante es que, mientras los estudios poblacionales como los datos de Alcoi muestran un aumento de incidencia marcado entre el subgrupo de edad de 75-84 años, en el intervalo de más de 85 años, en el estudio de Marrugat et al¹, hay un descenso de la tasa, lo que hace suponer que el método empleado no permite establecer una detección de casos adecuada en ese nivel etario. Por último, el método de estimación utilizado no permite conocer la epidemiología de los subtipos de ictus, que es una información relevante para establecer comparaciones, dada la diferente influencia de los factores de riesgo^{6,7}.

La pregunta más importante, sin embargo, es la siguiente: ¿pueden los datos obtenidos a través del CMBD dar una estimación adecuada sobre la frecuencia del ictus?, o lo que es lo mismo, ¿la selección a través de los registros hospitalarios es hoy suficientemente importante a tenor de los cambios sociales y las campañas realizadas para insistir en que el ictus debe ingresar en los hospitales? Es evidente que en los años ochenta, la frecuencia de ingreso de los ictus era baja y sesgada, dado que los pacientes de edad más avanzada permanecían en sus domicilios. La existencia del denominado «nihilismo terapéutico» en muchos sectores de los facultativos que atendían a enfermos cerebrovasculares y, de forma más extendida, en la población general dificultaba el acceso a una atención aguda en los hospitales. En la mayoría de las memorias familiares existía la experiencia de pacientes con ictus que habían permanecido en su domicilio sin ninguna aten-

ción especial y, por ello, no iban a los hospitales, de forma que las cifras de incidencia procedentes de los registros eran muy bajas. Hoy día no se puede sostener que la situación sea la misma. La mayoría de los pacientes con ictus es ingresada y posiblemente sólo los que tienen episodios repetidos, o una edad muy avanzada, y de muy mal pronóstico puedan no estar incluidos en los registros hospitalarios, de forma que los datos obtenidos de esta manera puedan ser actualmente más reales. En este sentido, la utilización del CMBD debe considerarse como un recurso muy interesante y de mucho menor coste que un estudio de base poblacional.

Sin embargo, la epidemiología es metodología y, por tanto, debe realizarse con precisión. Creemos que, como cualquier instrumento metodológico, el CMBD, utilizado como recurso de investigación debería ser adecuadamente validado. El CMBD procede de las historias clínicas y es cumplimentado por las unidades de admisión, cuya motivación puede ser muy variable, dado que de estos datos también se obtiene la frecuentación hospitalaria que permite estimar la productividad. El instrumento, por tanto, no se establece con fines de precisión diagnóstica.

La estimación sobre la incidencia del ictus hallada por Marrugat et al¹ no debe alejarse mucho de la tasa que se hallaría en un estudio de base poblacional, con las diferencias citadas y, por ello, es una buena aproximación que debería reproducirse en otras áreas geográficas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marrugat J, Arboix A, Garcia-Eroles LL, Salas T, Vila J, Castell C, et al. Estimación de la incidencia poblacional y letalidad de la vascular establecida isquémica y hemorrágica en 2002. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60:573-80.
2. Kurtzke JF. Epidemiology of stroke: methods and trends. *Health Rep*. 1994;6:13-21.
3. Malmgrem R, Warlow C, Bamford J, Sandecork P. Geographical and secular trends in stroke incidence. *Lancet*. 1987;2:1197-8.
4. Sempere AP, Duarte J, Cabezas C, Clavería LC. Incidence of transient ischemic attacks and minor ischemic strokes in Segovia, Spain. *Stroke*. 1996;27:667-71.
5. Rothwell PM, Coull AJ, Giles MF, Howard SC, Silver LE, Bull LM, et al. Change in stroke incidence, mortality, case-fatality, severity, and risk factors in Oxfordshire, UK from 1981 to 2004 (Oxford Vascular Study). *Lancet*. 2004;363:1925-33.
6. Rothwell PM, Coull AJ, Silver LE, Fairhead JF, Giles MF, Love-lock CE, et al. Population-based study of event-rate, incidence, case fatality, and mortality for all acute vascular events in all arterial territories (Oxford Vascular Study). *Lancet*. 2005;366:1773-83.
7. Di Carlo A, Lamassa M, Baldereschi M, Pracucci G, Consoli D, Wolfe CD, et al. Risk factors and outcome of subtypes of ischemic stroke. Data from a multicenter multinational hospital-based registry. The European Community Stroke Project. *J Neurol Sci*. 2006;244:143-50.