

Respuesta a «Introducción de neurología en un hospital comarcal»

Reply to "Introducing a neurology department at a local hospital"

Sr. Editor:

Agradezco los comentarios que se realizan al artículo «Introducción de neurología en un Hospital Comarcal de Andalucía», apoyándome en los cuales podré explicar mejor algunos aspectos del artículo.

Efectivamente, no pudo analizarse la escala NIH basal dado que se trata de un estudio retrospectivo y la escala NIH no aparecía recogida en los pacientes atendidos por Medicina Interna. Realizar un estudio prospectivo donde poder recoger estos datos, aunque estadísticamente más válido, hubiera sido probablemente poco ético. Al carecer de la información sobre la escala NIH, se determinó la gravedad del ictus por el déficit motor que aparecía reflejado en las historias clínicas al ingreso. Para valorar la evolución de los pacientes, se empleó la escala de Rankin modificada, habitualmente empleada en los ensayos clínicos con este fin.

Estoy de acuerdo en que hubiera aportado información adicional de interés analizar las comorbilidades de los pacientes y su influencia en la morbimortalidad, pudiendo esto suponer un sesgo para el estudio pues los grupos podían no ser homogéneos. Sin embargo, sí que ajustamos los resultados a la edad de los pacientes (probablemente una mayor edad se asocia a una mayor comorbilidad) en el estudio

multivariante, controlando de esta manera este factor de confusión y siendo el efecto beneficioso de la atención por neurología independiente de la edad.

Dado que la influencia de la edad en la mortalidad del paciente no resultó significativa, no se analizó la posible interacción entre la edad y la atención por neurología. Es posible, sin embargo, que el efecto beneficioso de la atención por neurología sea mayor o menor en pacientes mayores que jóvenes, lo que podría ser objeto de un posterior análisis.

El modelo de regresión logística que empleamos consistió en introducción simultánea de todas las variables. Realizamos el diagnóstico del modelo estudiando la bondad de ajuste (R^2 de Nagelkerke), siendo este el mejor modelo.

Las OR de la estancia media no se pueden calcular, dado que la variable dependiente es cuantitativa. Las OR del efecto de la atención por neurología sobre la mortalidad y la dependencia se dieron en cifras < 1 , precisamente por ser un factor protector y no de riesgo. Cuanto más próxima es la OR a 0 mayor es el efecto protector, por lo que 0,04 y 0,14 no son valores mínimos ni despreciables, sino todo lo contrario. Estos valores pueden transformarse fácilmente en valores > 1 más fácilmente interpretables, dividiendo 1 entre dicha OR, resultando en OR de 25 y 7. Podemos pues expresarlo de la siguiente manera: la atención por neurología durante el ingreso reduce 25 veces la mortalidad durante el ingreso y al año, y en 7 veces la dependencia al año.

Los resultados son, por lo tanto, robustos y difícilmente refutables, siendo el efecto beneficioso de la atención por neurología sobre la mortalidad y dependencia del paciente aún mayor cuando ajustamos los resultados por el resto de las variables consideradas.

E.M. Martínez Fernández ^{a,b}

^a Servicio de Neurología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

^b Unidad de Gestión Clínica de Neurología Intercentros, Hospital Juan Ramón Jiménez y Hospital Infanta Elena, Huelva, España
Correo electrónico: emmartinezf@yahoo.es

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2012.10.014>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2012.12.001>

Tuberculosis meningovascular: descripción de un caso con presentación atípica[☆]

Meningovascular tuberculosis: case study of an atypical presentation

Sr. Editor:

La meningitis tuberculosa (MTB) es aún, a pesar de los avances en el diagnóstico y en el tratamiento, la forma más grave de meningitis extrapulmonar y una de las causas más frecuentes de meningitis en el adulto, con unas altas tasas de mortalidad y morbilidad¹⁻³. La afectación neurovascular en la MTB no es infrecuente y, habitualmente, aparece en fases avanzadas, especialmente cuando el tratamiento no se instaura de forma precoz⁴.

Presentamos un caso en el que, a diferencia de lo generalmente descrito, el compromiso neurovascular se produjo desde el inicio del cuadro clínico, afectando a una región cerebral atípica, con la correspondiente dificultad diagnóstica que ello supuso.

Varón de 47 años de edad, con antecedentes personales de migraña sin aura y tabaquismo, que ingresó de urgencia en nuestro servicio de Neurología debido a una cefalea frontoparietal derecha de inicio brusco, seguida de disminución progresiva del nivel de consciencia y fiebre. En las 3 semanas previas había presentado irritabilidad, interpretable como clínica prodrómica inespecífica.

En la exploración neurológica al ingreso, el paciente se encontraba estuporoso, apreciándose rigidez de nuca y leve paresia facio-braquial derecha. En ese momento se realizaron un estudio de tomografía computarizada (TC) cerebral, que mostró un área hipodensa en la región parieto-temporal derecha, y una punción lumbar, con un líquido cefalorraquídeo (LCR) con pleocitosis (21 células/mm³) con predominio polimorfonuclear (76%) y leve hiperproteínorraquia (55 mg/dl), sin consumo de glucosa. Se inició tratamiento con aciclovir y ceftriaxona, mejorando el nivel de consciencia pero persistiendo la fiebre y la cefalea.

En los días siguientes se realizó una resonancia magnética (RM) cerebral que mostró un infarto evolucionado en región parieto-

[☆] Presentado parcialmente como Póster en el XV Congreso de la European Federation of Neurological Societies, Budapest, septiembre del 2011.