



NEUROLOGÍA

www.elsevier.es/neurologia



CARTAS AL EDITOR

Introducción de Neurología en un hospital comarcal

Introducing a neurology department at a local hospital

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo de Martínez et al. «Repercusión de la introducción de neurología en un hospital comarcal de Andalucía»¹.

El objetivo principal del «Plan de Atención Sanitaria al Ictus» es, como en su artículo se refiere, elaborar un sistema organizado de atención al ictus que dé respuesta a las necesidades de cada enfermo y optimice la utilización de los recursos sanitarios para garantizar la equidad en la atención al paciente con ictus. La estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la de cada una de las comunidades autónomas se encarga precisamente de implementar dicho plan¹⁻³. El fin primordial de dichos programas y de la «gestión por procesos» pretende la atención integral e interdisciplinaria del paciente centrada en este, de tal forma que el paciente reciba una misma calidad de atención independientemente de su ubicación y del profesional que le atiende, al elaborar guías y protocolos que unifiquen la asistencia. De esta forma, se logra la equidad, ya que es inviable que todos los pacientes reciban asistencia del profesional mejor cualificado en cada determinada enfermedad a lo largo de todo el SNS y en todo momento de su proceso asistencial⁴⁻⁷. Sin embargo, llaman la atención tanto el diseño como las conclusiones del citado trabajo, ya que en una evaluación de la asistencia a pacientes con ictus no se ha valorado la puntuación de la escala NIH, ni su evolución, ni tampoco la comorbilidad de los pacientes, factor primordial en la decisión de adscripción de un paciente a ingreso en un servicio de Medicina Interna o específico de Neurología, y crucial en todos los parámetros evaluados en el estudio (estancia media, mortalidad, dependencia e institucionalización).

En sus resultados se aprecia que la media de edad de los pacientes no adscritos a Neurología era 10 años superior, lo cual implica mayor comorbilidad, si bien al incluir la variable

edad en el análisis multivariante la influencia pura de dicho factor haya sido valorada, no así la de las otras afecciones intercurrentes no estudiadas.

Sorprende que la *no* atención por parte de Neurología suponga un riesgo relativo de morir 8 veces superior; si ese dato fuese realmente cierto, denotaría un verdadero problema de la asistencia a los pacientes con ictus en el citado hospital.

No se ha valorado la presencia de interacción ni confusión de las variables evaluadas, ni de las no consideradas en el citado estudio, ya que tanto la edad como las comorbilidades no estudiadas podrían comportarse como factores generadores de interacción o confusión que modificasen el valor de la OR, tanto en un sentido como en otro, sobre todo del factor principal a estudio que es la asistencia por parte de Neurología. Así pudiera ser que la asistencia por Neurología obtuviese mejores resultados en los pacientes sin comorbilidades y no así en los que las presentasen, o todo lo contrario.

Por otra parte, sorprende que el factor asistencia por Neurología se haya codificado de forma que la OR sea inferior a 1; cuando se trata de un efecto protector, la magnitud de la razón de OR es difícil de interpretar, por lo que se aconseja dar la inversa, recodificando temporalmente la variable⁸.

Las OR de la variable atención por Neurología, en cuanto a mortalidad y dependencia, son de 0,04 y 0,14, respectivamente, no aparece la OR de la estancia media y no es significativo en cuanto a institucionalización. Son unos valores mínimos que a efectos prácticos quizá resulten despreciables, sobre todo porque no se presenta en los resultados el valor de la R cuadrado de Nagelkerke⁸.

Queremos considerar que, siendo un trabajo muy interesante y de laboriosa recogida de datos, sus conclusiones pudieran ser espurias, al no haber valorado los datos referidos.

Bibliografía

1. Martínez Fernández E, Sanz Fernández G, Blanco Ollero A. Repercusión de la introducción de neurología en un hospital comarcal de Andalucía. *Neurología*. 2012;27:400–6.
2. Álvarez Sabin J, Alonso de Leciénena M, Gállego J, Gil-Peralta A, Casado I, Castillo J, et al., Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Plan de atención sanitaria al ictus. *Neurología*. 2006;21:717–26.

Véase contenido relacionado en DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.j.nrl.2011.12.003>.

3. Masjuan J, Álvarez-Sabín J, Arenillas J, Calleja S, Castillo J, Dávalos A, et al. Plan de asistencia al ICTUS II, 2010. *Neurología*. 2011;26:383–96.
4. Arcelay A. Gestión de procesos. *Rev Calidad Asistencial*. 1999;14:245–54.
5. Marta J, Lou ML, Marzo J, Mostacero E, López-Gastón JI, Bestué M, et al. Programa de atención a pacientes con ictus en el sistema de salud de Aragón. Zaragoza:Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón; 2009.
6. Álvarez Sabín J. Eficiencia de la implantación de un sistema de atención especializada y urgente al ictus. *Inv Clin Farm*. 2004;1:39–46.
7. Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social 2008. [consultado 15 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>
8. Doménech Massons JM, Navarro Pastor JB. Regresión logística binaria, multinomial, de Poisson y binomial negativa.

Metodología de la investigación en ciencias de la salud. Barcelona: Signo; 2007. p. 275. ISBN: 84-8049-510-3.

B. Gros Bañeres^{a,*}, A. Herrer Castejón^a,
C. Ascaso Martorell^a y V. Bertol Alegre^b

^a *Unidad de Urgencias, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España*

^b *Servicio de Neurología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mbgros@salud.aragon.es
(B. Gros Bañeres).

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

La atención urgente al ictus en el «Cinturón del ictus» español

Emergency stroke care in Spain's "Stroke Belt"

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo de Martínez Fernández et al.¹ donde se señala un problema importante en la atención neurológica urgente del ictus.

Hoy día está bien establecido que la atención neurológica especializada y, en concreto, las unidades de ictus disminuyen de forma significativa la mortalidad de estos enfermos y que su progresiva incorporación a los sistemas de salud, en particular en Andalucía, es lo deseable. No obstante, el estudio merece varios comentarios. Primero, la presencia de problemas metodológicos importantes limita la validez de sus resultados: se comparan 2 poblaciones totalmente (y significativamente) distintas, una de media de 65 años con otra de 77 años, siendo la edad y las comorbilidades asociadas, como se señala, factores pronósticos fundamentales. Con distintos tipos de ictus, llama la atención que de los 13 hemorragias intracerebrales del primer grupo no muriera ninguna y de las 4 del segundo murieran 3, por lo que se evidencia que los riesgos son claramente distintos y que la asignación a un grupo u otro no es aleatoria. Medir la severidad del ictus mediante un análisis retrospectivo de las historias y usando la escala de Rankin modificada no parece un método adecuado. Finalmente, hacer un análisis mutivariante con la inclusión de numerosos subgrupos y una «n» aproximada de 50 pacientes por grupo tampoco parece muy razonable.

Segundo, en relación con el «Cinturón del ictus» español^{1,2}, el concepto hace referencia a determinadas áreas de nuestra geografía, principalmente Andalucía y Murcia, que, al igual que ocurre en el sureste de EE. UU, presentan elevadas tasas de mortalidad por ictus y que además coinciden con las áreas de mayor mortalidad por enfermedad coronaria e insuficiencia cardiaca. Es evidente que la atención hospitalaria, como hemos dicho, influye en la misma, pero posiblemente debamos de buscar otras causas fuera de los recintos sanitarios e ir, por ejemplo, a las escuelas, domicilios o ayuntamientos, y mirar muchos años antes del evento. En EE. UU., donde sí se preocupan realmente por estudiar las causas de estas diferencias, son numerosos los estudios, el último sobre 30.239 individuos, el Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS), que demuestran que solo una pequeña proporción del exceso de ictus es debida a los factores de riesgo tradicionales y que las condiciones socioeconómicas y de salud durante la adolescencia van a ser claves en esta mayor incidencia y mortalidad por ictus^{3,4}.

De cualquier forma, aplicar medidas que supongan una disminución en la mortalidad por ictus debe ser un objetivo de todos, incluidas las autoridades sanitarias.

Bibliografía

1. Martínez Fernández E, Sanz Fernández G, Blanco Ollero A. Repercusión de la introducción de neurología en un hospital comarcal de Andalucía. *Neurología*. 2012;27:400–6.
2. Castilla-Guerra L, Fernández- Moreno MC, Álvarez-Suero J, Jiménez-Hernández MD. El cinturón del ictus español: un nuevo concepto para una vieja realidad. *Rev Neurol*. 2010;50:702.
3. Glymour MM, Avendaño M, Berkman LF. Is the "stroke belt" worn from childhood?: risk of first stroke and state of residence in childhood and adulthood. *Stroke*. 2007;38:2415–21.
4. Howard G, Cushman M, Kissela BM, Kleindorfer DO, McClure LA, Safford MM, et al. Traditional risk factors as the underlying cause