

of racial disparities in stroke: lessons from the half-full (empty?) glass. *Stroke*. 2011;42:3369–75.

L. Castilla Guerra\* y J. Álvarez Suero

*Servicio de Medicina Interna, Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [castillafernandez@gmail.com](mailto:castillafernandez@gmail.com) (L. Castilla Guerra).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2012.10.013>

## Respuesta a «La atención urgente al ictus en el “Cinturón del ictus” español»

### Reply to emergency stroke care in Spain's "Stroke belt"

*Sr. Editor:*

He leído con atención los comentarios al artículo «Introducción de neurología en un hospital comarcal en Andalucía». Para valorar dicho artículo hay que tener en cuenta que no es un ensayo clínico ni un estudio prospectivo. Se trató simplemente de la recogida retrospectiva de datos para estudiar una situación peculiar pero muy frecuente en Andalucía: la atención a los pacientes con ictus en hospitales donde no hay ni ha habido nunca un neurólogo. Nos pareció una oportunidad excelente comparar los datos el primer año que hubo neurólogo en dicho hospital, situación que probablemente se asemeje a la previa a la introducción de un neurólogo en el centro. Es posible que en años posteriores las diferencias fueran menores debido al aprendizaje de los médicos de Medicina Interna al estar en contacto con Neurología. La intención era pues conocer la realidad de los pacientes con ictus en hospitales sin neurólogos.

Ciertamente la validez de un estudio observacional retrospectivo es menor que la de un estudio prospectivo y la de un ensayo clínico, pero probablemente no había otra manera de realizar este estudio. El tipo de estudio explica claramente que los grupos sean diferentes en sus características basales pues la asignación no era aleatoria. Los pacientes más jóvenes y con mayor gravedad (las hemorragias intracraneales) eran asignados habitualmente a Neurología, mientras que los más mayores y los AIT eran ad-

critos a Medicina Interna. En los periodos en los que no había neurólogo (vacaciones, congresos, etc.), todos los pacientes con ictus eran adscritos a Medicina Interna.

En el estudio se valoró si la edad o el subtipo de ictus (isquémico o hemorrágico) influía en la mortalidad, la dependencia y la institucionalización, y se concluyó que el subtipo de ictus no influía y la edad, aunque no influía en la mortalidad, sí lo hacía en la dependencia e institucionalización de los pacientes, de manera que estas aumentaban conforme aumentaba la edad. Los resultados beneficiosos de la atención por Neurología están ajustados por la edad y subtipo de ictus y, por lo tanto, son independientes de estos factores.

Efectivamente, el «Cinturón de ictus español» se refiere a un área (Andalucía y Murcia) con aumento de mortalidad por ictus. Sin embargo, el estudio REGARDS analizó factores de riesgo asociados al aumento de incidencia de ictus en determinadas áreas de Estados Unidos. Incidencia y mortalidad son dos conceptos distintos que no deben confundirse. Es claro que un aumento de incidencia de ictus debe asociarse a factores de riesgo y no a la presencia o ausencia de atención por Neurología. También resulta evidente que el aumento de mortalidad se asocia a una peor atención de los pacientes.

E.M. Martínez Fernandez\*

*Unidad de Gestión Clínica de Neurología, Intercentros Hospital Juan Ramón Jiménez y Hospital Infanta Elena, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [emmartinezf@yahoo.es](mailto:emmartinezf@yahoo.es)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2012.12.002>

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2012.10.013>