

2. Russi ME, González G, Crosa R, Pérez-Dueñas B, González-Alvarez V, Campistol J, et al. Disecciones arteriales en la edad pediátrica: ¿una patología emergente o infradiagnosticada? *Rev Neurol* 2010; 50: 257-64.
3. Debette S, Leys D. Cervical-artery dissections: predisposing factors, diagnosis, and outcome. *Lancet Neurol* 2009; 8: 668-78.
4. Bravo-Rodríguez FA, Delgado-Acosta F, Cano-Sánchez A, Ramos-Gómez MJ, Ochoa-Sepúlveda JJ, Vida-López JM. Parálisis de pares craneales bajos como forma de presentación de la disección de la arteria carótida interna. *Rev Neurol* 2002; 34: 754-7.
5. Georgiadis D, Arnold M, Von Buedingen HC, Valko P, Sarikaya H, Rousson V, et al. Aspirin vs anticoagulation in carotid artery dissection. A study of 298 patients. *Neurology* 2009; 72: 1810-5.
6. Goyal MS, Derdeyn CP. The diagnosis and management of supraortic arterial dissections. *Curr Opin Neurol* 2009; 22: 80-9.
7. Cardona-Portela P, Cano-Sánchez L, Escrig-Avellaneda A, Jato-De Evan M, Mora P, Muñoz L, et al. Disecciones vasculares cervicales. *Rev Neurol* 2009; 49: 447-8.
8. Caplan LR. Dissections of brain-supplying arteries. *Nat Clin Pract Neurol* 2008; 4: 34-42.
9. Oelker-Behn C, Aracena-Conte R, Nogales-Gaete J, Yupanqui-Pino I, Sáez-Méndez D. Disección carotídea en un paciente consumidor de cocaína. *Rev Neurol* 2008; 46: 448.
10. Lagos-Grinstein R, Fernández-Cisneros L, Murillo-Cabezas F, Blanco García-Barroso S, Cejas-Archidamo C, Nobo-López U, et al. La ecografía en el diagnóstico y el control evolutivo de las disecciones de las arterias cervicocerebrales. *Rev Neurol* 2004; 38: 813-7.
11. Nedeltchev K, Bickel S, Arnold M, Sarikaya H, Georgiadis D, Sturzenegger M, et al. Recanalization of spontaneous carotid artery dissection. *Stroke* 2009; 40: 449-504.
12. Arauz A, Márquez JM, Artigas C, Balderrama J, Orrego H. Recanalization of vertebral artery dissection. *Stroke* 2010; 41: 717-21.
13. Pérez-Errazquin F, Gil-Peralta A, Fernández-García A, González-Marcos JR, Muñoz A, Gil-Néciga E. Disección carotídea espontánea recurrente. *Rev Neurol* 1999; 28: 384-7.
14. Engelter ST, Rutgers MP, Hatz F, Georgiadis D, Fluri F, Sekoranja L, et al. Intravenous Thrombolysis in stroke attributable to cervical artery dissection. *Stroke* 2009; 40: 3772-6.
15. Ansari S, Thompson B, Gemmete J, Gandhi D. Endovascular treatment of distal cervical and intracranial dissections with the neuroform stent. *Neurosurgery* 2008; 62: 636-46.

CARTAS AL DIRECTOR

La mortalidad en el 'cinturón del ictus' español: algunas claves andaluzas

José F. Maestre-Moreno

Servicio de Neurología. Unidad de Ictus. Hospital Virgen de las Nieves. Granada, España.

Correspondencia: Dr. José Francisco Maestre Moreno. Servicio de Neurología. Unidad de Ictus. Hospital Virgen de las Nieves. H.R.T. Ctra. Jaén, s/n. E-18013 Granada.

E-mail: jmaestrem@meditex.es

Aceptado: 02.07.10.

Cómo citar este artículo: Maestre-Moreno JF. La mortalidad en el 'cinturón del ictus' español: algunas claves andaluzas [carta]. *Rev Neurol* 2010; 51: 383-4.

© 2010 Revista de Neurología

He leído con interés el artículo de Castilla-Guerra et al [1] en el que hacen algunas especulaciones acerca de lo que llaman el 'cinturón del ictus' español, por semejanza con el 'cinturón' norteamericano. Andalucía, Levante y Murcia son áreas en las que la mortalidad por ictus se dispara, hasta en un 50% sobre otras comunidades en el caso de Andalucía. Opinan los autores que hay indicios de que esta alta mortalidad puede ser consecuencia de una mayor incidencia debida a una mayor prevalencia y peor control de enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes, enfermedad coronaria) y otros factores de riesgo (tabaquismo, obesidad), así como a factores educacionales y económicos. Pero al

césar lo que es del césar: la incidencia es incidencia y la mortalidad, mortalidad.

Es muy posible que la alta mortalidad por ictus en Andalucía pueda deberse en parte, efectivamente, a la mayor incidencia de la que hablan los autores, pero cabe pensar que esto sin duda queda potenciado por las carencias que la atención al ictus sufre en Andalucía. Las dos medidas que están ayudando a disminuir la mortalidad del ictus, la atención neurológica en la fase aguda y las unidades de ictus [2], siguen restringidas o ausentes en el sistema sanitario público de esta comunidad.

Según datos aún no publicados, recogidos en nombre del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología, para el seguimiento de la implantación de la Estrategia de Atención al Ictus del Ministerio de Sanidad y Consumo [3], los ictus que se producen entre los 3.818.298 habitantes de las cuatro provincias andaluzas orientales (Almería, Granada, Jaén y Málaga), unos 5.905-7.620 ictus isquémicos/año estimados, son atendidos en 19 hospitales, 10 de los cuales (1.500.000 habitantes aprox., 2.325-3.000 ictus isquémicos/año) carecen de Servicio de Neurología y de neurólogo, y por tanto, salvo en raras excepciones, no son atendidos por dicho especialista en ningún momento de su fase aguda, ni tampoco después. Según la misma encuesta, en toda Andalucía oriental hay una única Unidad de Ictus agudo con cuatro camas, para sus casi 4 millones de ciudadanos. Esta situación no es distinta para Andalucía occidental, y resulta

ser muy mala aun dentro del poco brillante panorama español, como revelarán los datos de la citada encuesta.

Sin explicación razonable alguna, la atención neurológica es nula o paupérrima en amplias zonas de Andalucía, en las que el neurólogo es sustituido —¿suplantado?— por otros especialistas, y las unidades de ictus son hoy por hoy virtualmente inexistentes, cuando ha transcurrido ya más de un año desde la aprobación de la citada estrategia frente al ictus.

En el informe del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025) [4], en la fotografía de la situación actual (datos de 2008), la especialidad de neurología sale ciertamente muy poco favorecida en Andalucía (1,6 neurólogos/100.000 habitantes; media nacional: 2,8; máximo en Cataluña: 4,3), como sucede con la mayoría de especialidades, excepto medicina intensiva (4,1 especialistas/100.000 habitantes; media nacional: 3,9; máximo en Murcia: 6) y medicina familiar y comunitaria (100 especialistas/100.000 habitantes; media nacional: 84,7; máximo en Aragón: 133). Algo tendrán que ver estas cifras con la realidad asistencial neurológica andaluza y sus resultados.

Sería bueno que los distintos especialistas implicados en la prevención del ictus y en su tratamiento uniésemos nuestros conocimientos y nuestras fuerzas para actuar coordinadamente [5], y para mover a la Administración en la dirección apropiada, sin exclusiones, suplantaciones, intrusismos ni experimentos, lo que proba-

blemente constituye el único camino para mejorar las horrorosas cifras de incidencia y mortalidad del ictus en Andalucía.

Bibliografía

1. 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.
2. Álvarez-Sabín J, Alonso de Leciana M, Gállego J, Gil-Peralta A, Casado I, Castillo J, et al, por el Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Plan de atención sanitaria al ictus. *Neurología* 2006; 21: 717-26.
3. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. (Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 26 de noviembre de 2008). URL: <http://www.msc.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>. [10.06.2010].
4. Barber-Pérez P, González López-Valcárcel B. Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025). Ministerio de Sanidad y Consumo. Marzo de 2009. URL: http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/necesidades-Especialistas2008_2025.pdf. [10.06.2010].
5. Maestre-Moreno JF. El ictus en el hospital comarcal: por favor, llamen al neurólogo. *Rev Neurol* 2007; 44: 65-7.

Réplica

Luis Castilla-Guerra^a, M. Carmen Fernández-Moreno^b, Jesús Álvarez-Suero^a, M. Dolores Jiménez-Hernández^c

^a Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Merced. Osuna, Sevilla. ^b Servicio de Neurología. Hospital de Valme. ^c Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla, España.

Correspondencia: Dr. Luis Castilla Guerra. Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Merced. Avda. Constitución, 2. E-41640 Osuna (Sevilla).

E-mail: castillafernandez@hotmail.com

Aceptado: 16.07.10.

Cómo citar este artículo: Castilla-Guerra L, Fernández-Moreno MC, Álvarez-Suero J, Jiménez-Hernández MD. La mortalidad en el 'cinturón del ictus' español: algunas claves andaluzas [réplica]. *Rev Neurol* 2010; 51: 384.

© 2010 Revista de Neurología

En relación a los comentarios que el Dr. Maestre-Moreno hace de nuestro artículo [1], aunque nos han parecido de interés, hemos de decir que nuestro artículo en todo momento quiso alejarse de cualquier interpretación circunstancial o localista de la realidad ajena a los factores de riesgo del ictus. De hecho, nuestra intención era ajena a aspectos organizativos que puedan incidir o no en el problema de fondo que nos ocupa. Lo que realmente nos interesaba era reflejar que la única y cruda realidad para nuestra sociedad es que hay importantes diferencias geográficas en la mortalidad por ictus en España y que, desgraciadamente, y en contra de lo que comenta el Dr. Maestre-Moreno, éste es un problema más amplio y de mayor trascendencia.

Hoy se sabe que en España existe también un gradiente norte-sur y oeste-este de mortalidad por enfermedad coronaria, patrón casi idéntico al de mortalidad por ictus, en el que Andalucía y Levante vuelven a ser las áreas más problemáticas, donde también el riesgo de mortalidad por isquemia cardíaca es claramente mayor [2,3]. Diferentes estudios llegan a consideraciones epidemiológicas similares a las sugeridas para el caso del ictus. Para explicar estas diferencias regionales podríamos destacar la alta prevalencia de tabaquismo, los valores más altos de presión arterial sistólica y los altos índices de obesidad y sobrepeso en el área sur-este de nuestra geografía [2-4].

Por otra parte, la distribución de la mortalidad en España por insuficiencia cardíaca es también muy similar a la descrita para las otras enfermedades cardiovasculares [2,3], con mayores tasas ajustadas por edad en Andalucía, Murcia, Comunidad Valenciana, Canarias y Baleares. Igualmente, aunque no se conocen con exactitud las razones para este patrón geográfico de mortalidad por insuficiencia cardíaca, parece que, como en otras enfermedades cardiovasculares, entre los factores determinantes también se encontrarían el peor control de los factores de riesgo vascular, el nivel socioeconómico,

la actividad física y factores dietéticos como el consumo de frutas, pescado y vino, entre otros [2,4].

Pero alejándonos de elucubraciones y centrándonos en cifras reales sobre qué factores tienen más peso sobre la mortalidad en España, resulta que factores de riesgo como la hipertensión, el tabaco y la obesidad son los máximos responsables, ocasionando respectivamente el 25,5, 16 y 8,5% de las muertes en nuestro país en sujetos mayores de 35 años. Aún más, la hipertensión arterial sería responsable del 43% de todas las muertes de origen cardiovascular, de aproximadamente el 42% de las muertes de origen coronario, y de casi la mitad, el 46,4%, de los fallecimientos por ictus.

Por todo ello, pensamos que un mejor conocimiento de los principales factores de riesgo vascular modificables de la enfermedad cerebrovascular y coronaria nos permitiría definir e implantar estrategias de prevención que, lejos de excluir a nadie, servirían para que entre todos combatiéramos esa lacra que golpea sin piedad a nuestra sociedad.

Bibliografía

1. 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.
2. Banegas JR, Villar F, Graciani A, Rodríguez-Artalejo F. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España. *Rev Esp Cardiol Supl* 2006; 6: 3-12G.
3. Informe SEA 2007. Las enfermedades cardiovasculares en España: hechos y cifras. Barcelona: Sociedad Española de Arteriosclerosis; 2007.
4. Gabriel R, Alonso M, Segura A, Tormo MJ, Artigao LM, Banegas JR, et al, en nombre del Grupo Cooperativo ERICE. Prevalencia, distribución y variabilidad geográfica de los principales factores de riesgo cardiovascular en España. Análisis agrupado de datos individuales de estudios epidemiológicos poblacionales: estudio ERICE. *Rev Esp Cardiol* 2008; 61: 1030-40.
5. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Graciani A, Villar F, Herruzo R. Mortality attributable to cardiovascular risk factors in Spain. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57 (Suppl 1): S18-21.