

similares a las de otras lesiones linfoides o reactivas, hace que el diagnóstico definitivo sea, en muchas ocasiones, muy problemático. Esta dificultad diagnóstica se ve reflejada en el trabajo de Kummar et al⁶, quienes señalan que algunos de los casos publicados previamente como plasmocitomas meníngeos o linfomas eran en realidad subtipos de linfomas MALT. Todos los casos descritos corresponden a mujeres de mediana edad, la más joven de 39 años y la mayor de 64 años de edad, con una edad media de 52,7.

Generalmente estos linfomas se presentan como enfermedad localizada, por lo que pueden curarse con tratamiento local. Por otro lado, no es habitual que la enfermedad se disemine, aunque sí se han observado recidivas tardías⁸. Este comportamiento biológico contrasta con otros linfomas B de bajo grado de malignidad, los cuales, aunque de curso relativamente indolente, no se curan con los tratamientos actuales. Todos los casos descritos de MALT meníngeo primario han mostrado un pronóstico excelente tras la resección⁹.

Dado al carácter poco agresivo de la neoplasia y su excelente pronóstico tras el tratamiento local^{9,10}, recalcamos la importancia de reconocer esta enfermedad para así utilizar las estrategias terapéuticas más adecuadas.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Elías Campo, del Hospital Clínic de Barcelona, sus valiosas aportaciones para el diagnóstico definitivo de este caso.

Javier Azúa-Romeo^a, Jorge Alfaro Torres^b,
David Rivero^c y Belén Sánchez Marín^d

^aServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte. Huesca. España.

^bSección de Neuropatología. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

^cServicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

^dServicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

1. Isaacson PG, Wright DH. Extranodal malignant lymphoma arising from mucosa-associated lymphoid tissue. *Cancer* 1984;53:2515-24.
2. Levitt LJ, Dawson DM, Rosenthal DS. CNS involvement in the non-Hodgkin's lymphomas. *Cancer* 1980;54:545-52.
3. Murphy JK, O'Brien CJ, Ironside JW. Morphologic and immunophenotyping characterization of primary brain lymphomas using paraffin-embedded tissue. *Histopathology* 1989;15:449-60.
4. Thieblemont C, Bastion Y, Berger F. Mucosa associated lymphoid tissue gastrointestinal and nongastrointestinal lymphoma behavior: analysis of 108 patients. *J Clin Oncol* 1997;15:1624-30.
5. Ferrer A, López-Guillermo A, Bosch F, Montoto S, Hernandez JC, Camos M, et al. Linfomas del tejido linfóide asociado a mucosas (MALT) de localización extragástrica: análisis de 14 casos. *Med Clin (Barc)* 1999;112:577-80.
6. Kummar S, Kummar D, Kaldjian EP, Bauserman S, Raffeld M, Jaffe ES. Primary low grade B-cell lymphoma of the dura: a mucosa associated lymphoid tissue-type lymphoma. *Am J Surg Pathol* 1997;21:81-7.

7. Kambham N, Chang Y, Matsushima AY. Primary low-grade-B-cell lymphoma of mucosa associated lymphoid tissue (MALT) arising in dura. *Clin Neuropathol* 1998;17:311-7.
8. Goetz P, Lafuente J, Revesz T, Galloway M, Dogan A, Kitchen N. Primary low grade B-cell lymphoma of the dura mimicking the presentation of an acute subdural hematoma. *J Neurosurg* 2002;96:611-4.
9. Hussain A, Gullan RW, Al-Sarraj S. Primary MALT lymphoma of dura. *Brain Pathol* [revista electrónica] 2003 on line. Disponible en: <http://path.upmc.edu/divisions/neuropath/bpath/cases/case82.html>
10. Harris NL, Jaffe ES, Stein H. A revised European-American classification of lymphoid neoplasms: a proposal from the International Lymphoma Study Group. *Blood* 1994;84:1361-92.



Revisión de la utilización de las áreas de observación de urgencias hospitalarias

Sr. Editor: En relación con el interesante trabajo de revisión de Tudela y Mòdol¹ sobre las urgencias hospitalarias, consideramos de interés aportar nuestra experiencia en este campo.

Las áreas de observación de los servicios de urgencias (AOSU) constituyen una alternativa a la hospitalización convencional de enfermos agudos y, a su vez, una forma de organización de la asistencia urgente que responde a las necesidades de los enfermos^{2,4}. Mediante la aplicación de una adaptación específica del Appropriateness Evaluation Protocol⁵ para esta alternativa de atención sanitaria, se ha revisado prospectivamente a los pacientes ingresados en la AOSU del Hospital Mútua de Terrassa durante un período de 18 meses. El AOSU es una unidad con 19 camas adscrita al Servicio General de Urgencias, en la que se atiende las 24 h a los enfermos adultos que ya han recibido una primera atención en Urgencias y cuya situación clínica no permite el alta inmediata. Para la gestión de esta área se acepta un objetivo de estancia máxima de 48 h, a partir de las cuales se debe ingresar al paciente, darle de alta a su domicilio o trasladarlo a otro centro sanitario.

Los 4.700 pacientes atendidos en la AOSU durante el período estudiado presentaron una estancia media (DE) de 29,3 (17,5) h. La proporción de ingresos inadecuados en la AOSU representó el 5,5% de las admisiones, y la proporción de estancias inadecuadas identificadas fue del 16,9%.

La realización de un análisis de regresión logística ha permitido señalar como variables independientes significativamente asociadas con una mayor probabilidad de admisión inadecuada

la estancia inadecuada (verano, primavera y otoño), una presión de urgencias inferior al 85%, la complejidad de la enfermedad, según los grupos relacionados con el diagnóstico, inferior al 0,6 y el sexo femenino. Por su parte, la estancia inadecuada ha estado asociada a la edad mayor de 64 años, estacionalidad (otoño e invierno), duración de la estancia menor de 24 h, ingreso hospitalario al alta de AOSU, complejidad mayor de 0,6, especialidad de medicina y admisión inadecuada previa. Como también se ha indicado en otros trabajos⁶⁻⁹, la utilización de los servicios de urgencias se ve influida por características del enfermo (edad, sexo, complejidad), el modelo organizativo y de gestión (especialidad, presión de urgencias) y factores ambientales (estacionalidad, días de la semana, horarios). El papel cada vez más importante de los servicios de urgencias en la calidad de la atención sanitaria de la población hace recomendable una adecuada protocolización de las áreas de observación previas a la admisión definitiva.

Juan María Ferrer Tarrés^a,
Andreu Prat Marín^b
y Santiago Tomás Vecina^c

^aResponsable de Calidad. Fundación Avedis Donabedian. Barcelona.

^bDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Barcelona. Barcelona.

^cServicio de Urgencias. Hospital Mútua de Terrassa. Barcelona. España.

1. Tudela P, Mòdol JM. Urgencias hospitalarias. *Med Clin (Barc)* 2003;120:711-6.
2. Tomás S, Duaso E, Ferrer JM, Rodríguez M, Porta R, Epelde F. Evaluación del uso apropiado de un área de observación de urgencias mediante el Appropriateness Evaluation Protocol: un análisis de 4.700 casos. *An Med Intern (Madrid)* 2000;17:229-37.
3. Muño A, Gil J, Gabarro N, Segado A, López C, Vilalba MV. Unidad de observación y corta estancia de medicina en el servicio de urgencias. *An Med Intern (Madrid)* 1998;15:138-41.
4. Estella J, Román J, Vidal V. Análisis de la actividad de una unidad de observación en un servicio de urgencias por medio de una escala de carga asistencial. *Emergencias* 1997;9:79-85.
5. Gertman PM, Restuccia JD. The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Medical Care* 1981;19:855-71.
6. Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Indicadores de calidad en urgencias: comportamiento en relación con la presión asistencial. *Med Clin (Barc)* 2001;116:92-7.
7. Miró O, Sánchez M, Mestre G, Coll-Vinent B, Bragulat E, Espinosa G, et al. Evaluación del impacto en la calidad asistencial y análisis coste-efectividad de la reforma de un servicio de urgencias de medicina. *Med Clin (Barc)* 2001;117:7-11.
8. González-Montalvo JI, Baztán JJ, Rodríguez-Mañas L, San Cristóbal E, Gato A, Ballesteros P, Salgado A. Ingreso hospitalario urgente: factores sociales asociados y sus diferencias en función de la edad. *Med Clin (Barc)* 1994;103:441-4.
9. Peiro S, Meneu R, Roselló ML, Portella E, Carbonell-Sanchis R, Fernández C, et al. Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. *Med Clin (Barc)* 1996;107:124-9.