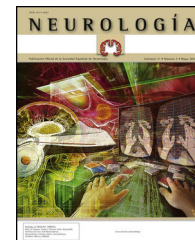




NEUROLOGÍA

www.elsevier.es/neurologia



CARTAS AL EDITOR

Análisis de las interconsultas al neurólogo de guardia por crisis comicial en un servicio de urgencias



Analysis of emergency department consults with an on-call neurologist due to seizures

Sr. Editor:

En la actualidad, dada la progresiva frecuencia y complejidad de atenciones urgentes de riesgo vital relacionadas con síndromes neurológicos agudos en los servicios de urgencias hospitalarios¹, y la evidencia demostrada de la intervención de un especialista en neurología en ciertas enfermedades, como el ictus, en términos de resultados pronósticos, calidad asistencial y reducción de costes, hace indiscutible la necesidad de un neurólogo de guardia de presencia física las 24 h del día^{2–4}. De hecho, a pesar de la heterogeneidad de los modelos de guardias de neurología entre las distintas comunidades autónomas, existen cada vez más hospitales españoles que disponen de dicha figura⁵.

El reciente trabajo publicado por Ramírez-Moreno et al. sobre la evolución temporal de las interconsultas hospitalarias dirigidas a un servicio de neurología en un hospital universitario, confirmó que el servicio con mayor demanda fue urgencias, siendo la pérdida de conciencia y las crisis epilépticas el motivo más frecuente de la interconsulta⁶. Por tanto, se muestra, en consonancia con otros autores, que existe la necesidad de consultar al neurólogo de forma precoz en otras enfermedades frecuentemente atendidas por parte del médico de urgencias aparte del ictus agudo^{7,8}. De hecho, estudios previos que han estudiado el manejo de las crisis epilépticas en urgencias han sugerido la necesidad de un neurólogo en urgencias para confirmar e implementar el manejo del paciente mediante una adecuada comunicación con los médicos de los servicios de urgencias y de atención primaria, y así ofrecer una asistencia continuada a este grupo de pacientes evitando errores diagnósticos y de manejo⁹.

Hasta la fecha se desconocen cuáles son las circunstancias que motivan al médico de urgencias para realizar dicha consulta al neurólogo de guardia en los pacientes atendidos en urgencias por una crisis comicial, si la intervención del neurólogo difiere a la realizada cuando no existe la misma,

y si se modifican los resultados a corto plazo en función de la interconsulta a neurología.

Con el fin de conocer el perfil de los pacientes atendidos por crisis comiciales o epilepsia en urgencias, que generan interconsultas urgentes al neurólogo de guardia, y si existen diferencias en cuanto al manejo y los resultados a corto plazo en función de la realización de la interconsulta, se diseñó un estudio descriptivo de cohorte retrospectivo que seleccionó a todos los pacientes de 16 años o más con crisis comicial como motivo principal de consulta atendidos en un servicio de urgencias de un hospital universitario terciario desde el 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2011. Se recogieron datos demográficos, clínicos, de manejo y destino final del episodio en urgencias, y los datos de seguimiento a los 30 días del episodio índice de urgencias a través de la historia clínica electrónica de urgencias, hospitalaria y del sistema sanitario de Madrid (Horus). Para el análisis se dividió la muestra en 2 grupos, en función de si se había realizado interconsulta urgente o no al neurólogo de guardia.

Se incluyeron un total de 118 pacientes de 37.573 (0,3%) atenciones urgentes. Se contactó con el neurólogo de guardia en 65 (55,1%) de los casos. En cuanto al perfil de los pacientes se tiende a realizar una interconsulta urgente al neurólogo de forma más frecuente cuando se trata de una posible primera crisis epiléptica (49,2 vs 32,1%; $p=0,059$), y menos comúnmente si se trata de un varón (40,0 vs 79,2%; $p<0,001$) o se sospecha que el alcohol sea el posible factor desencadenante o etiológico (9,2 vs 28,3%; $p=0,007$). En lo que respecta al manejo los pacientes que son valorados por el neurólogo, en comparación con los que no lo son, suelen realizarse más frecuentemente una tomografía computarizada (TC) craneal urgente (50,8 vs 32,1%; $p=0,041$) y un electroencefalograma (EEG) intercrisis (12,5 vs 2,0%; $p=0,037$) y modificarse el fármaco antiepiléptico (FAE) habitual (43,1 vs 22,6%; $p=0,020$). Referente al destino final y los resultados a corto plazo solo se encontró diferencias estadísticamente significativas respecto a la mediana del tiempo de estancia en urgencias (12 h RIC 8-24 vs 8 RIC 6-19; $p=0,002$) (tabla).

Según nuestro conocimiento es el primer trabajo que aporta datos sobre el perfil, el manejo urgente y los resultados a corto plazo de las crisis epilépticas atendidas en un servicio de urgencias en función de la interconsulta urgente a un servicio de neurología. El presente trabajo muestra que existe un perfil de pacientes, que son aquellos con una primera crisis comicial y donde no se sospecha relación con

Tabla Análisis de los pacientes atendidos en urgencias por crisis comicial en función de la realización de una interconsulta urgente

	Interconsulta a neurología		
	No (n = 53)	Sí (n = 65)	p
<i>Datos demográficos</i>			
Edad años (media ± DE)	48,6 (± 19,1)	54,3 (± 23,9)	0,162*
Sexo varón (n [%])	42 (79,2)	26 (40,0)	< 0,001*
<i>Tratamiento habitual</i>			
Número de fármacos habituales (mediana [RIC])	2 (RIC 1-5)	2 (RIC 1-5)	0,935***
<i>Situación basal funcional</i>			
Independiente para ABVD (n [%])	47 (88,7)	53 (81,5)	0,283**
<i>Antecedente de epilepsia (n [%])</i>			
Primer episodio	17 (32,1)	32 (49,2)	0,059**
<i>Tipo de crisis epiléptica (n [%])</i>			
No presenciada	49 (92,5)	61 (93,8)	0,242**
Estado epiléptico	3 (5,7)	2 (3,1)	0,488**
<i>Etiología (n [%])</i>			
Relacionada con alcohol	15 (28,3)	6 (9,2)	0,007**
<i>Factores desencadenantes (n [%])</i>			
Mal cumplimiento terapéutico	10 (18,9)	12 (18,5)	0,925**
<i>Pruebas complementarias urgencias (n [%])</i>			
TC craneal urgente	17 (32,1)	33 (50,8)	0,041**
Punción lumbar	0 (0,0)	2 (3,1)	0,203**
EEG intercrisis	1 (2,0)	8 (12,5)	0,037**
<i>Tratamiento en urgencias (n [%])</i>			
Benzodiacepinas intravenosas	3 (5,7)	6 (9,2)	0,512**
FAE en fase aguda	3 (5,7)	8 (12,3)	0,341**
Inicio de FAE como prevención secundaria	10 (18,9)	20 (30,7)	0,140**
Modificación de FAE habitual	12 (22,6)	28 (43,1)	0,020**
<i>Resultados en urgencias</i>			
Estancia en horas en urgencias (mediana [RIC])	8 (RIC 6-19)	12 (RIC 8-24)	0,002***
Alta directa a domicilio (n [%])	31 (58,5)	30 (46,2)	0,182**
Sala de observación (n [%])	13 (24,5)	24 (36,9)	0,149**
Hospitalización (n [%])	9 (17,0)	11 (16,9)	0,993**
<i>Resultados a corto plazo (n [%])</i>			
Revisita a urgencias en los primeros 30 días	2 (3,8)	2 (3,1)	0,835**
Exitus en los primeros 30 días	1 (1,9)	1 (1,5)	0,884**

ABVD: actividades básicas de la vida diaria; DE: desviación estándar; EEG: electroencefalograma; FAE: fármaco antiepiléptico; N: número total; RIC: rango intercuartílico; TC: tomografía computarizada.

* Test de «t» Student.

** Test Chi-cuadrado.

*** Test de la mediana.

el alcohol, donde la intervención urgente del neurólogo — cuando existe su disponibilidad de presencia física durante 24 h— es más demandada por parte del médico de urgencias. Además, también se documenta que su intervención se asocia a un incremento en el número de ciertas pruebas complementarias urgentes, como la TC craneal y el EEG intercrisis, así como de modificaciones de los FAE en los pacientes atendidos por crisis comicial y con antecedente de epilepsia. Como principales limitaciones, además del tipo de diseño del estudio, este trabajo no incluyó población pediátrica y el diagnóstico de crisis comicial no fue reevaluado posteriormente por un experto, y esto es importante, ya que el correcto diagnóstico inicial en la primera atención de la enfermedad urgente puede modificar los resultados^{10,11}.

Por tanto, teniendo en cuenta lo anteriormente escrito y basándonos en la experiencia de otros procesos urgentes,

existe la necesidad de definir el perfil de paciente atendido en urgencias por crisis comicial que más se beneficie de la interconsulta urgente a un neurólogo de guardia, y de establecer un protocolo de actuación conjunto entre las sociedades implicadas en este proceso, con el fin de mejorar la calidad y seguridad de la atención del paciente con crisis comicial en los servicios de urgencias españoles^{12,13} y generar herramientas que ayuden a la toma de decisiones en la práctica clínica diaria¹⁴.

Bibliografía

1. Escribá de la Fuente A, Elorz Ibáñez AC, Fernández Santervás Y, Quintillá Martínez JM, Ortez González CI, Luaces Cubells C. Manejo de la crisis epiléptica en urgencias en el paciente epiléptico pediátrico. *Emergencias*. 2013;25:116–8.

2. Casado V. Atención al paciente neurológico en los servicios de urgencias. Revisión de la situación actual en España. *Neurología*. 2011;26:233–8.
 3. Sopelana D, Segura T, Vadillo A, Herrera M, Hernández J, García Muñozguren S, et al. Benefit of the implementation of on-call neurology physicians in a general hospital. *Neurología*. 2007;22:72–7.
 4. Rodríguez Cruz PM, Pérez Sánchez JR, Cuello JP, Sobrino García P, Vicente Peracho G, García Arratibel A, et al. Workload of on-call emergency room neurologists in a Spanish tertiary care centre. A one-year prospective study. *Neurología*. 2013;2, en prensa.
 5. Morales Ortiz A, Martín González MR, Frank García A, Hernández Pérez MA, Rodríguez-Antigüedad A, Jiménez Hernández MD, et al. La guardia específica de neurología en la formación del médico residente en España. *Neurología*. 2010;25:557–62.
 6. Ramírez-Moreno JM, Ollero-Ortiz A, Gómez-Baquero MJ, Roa-Montero A, Constantino Silva AB, Hernández Ramos FJ. Evolución temporal de las interconsultas hospitalarias dirigidas a neurología en un hospital terciario. Una actividad asistencial en crecimiento. *Neurología*. 2013;28:9–14.
 7. Gómez Ibáñez A, Irimia P, Martínez-Vila E. Urgencias neurológicas y guardias de neurología. *An Sist Sanit Navar*. 2008;1(Suppl 1):7–14.
 8. García-Ramos R, García-Morales I, Vela A, Galán L, Serna C, Matias-Guío J. Análisis de la interconsulta hospitalaria a neurología en un hospital de tercer nivel. *Neurología*. 2009;24:835–40.
 9. Piñol-Ripoll G, Gómez Bitrian J, Puerta González-Miró Ide L, Royo Hernández R, Mauri-Llerda JA. Characteristics and management of epileptic seizures in emergency department and diagnostic correlation at discharge. *An Med Interna*. 2008;25:168–72.
 10. Urwyler N, Theiler L, Schönhofer J, Kämpfen B, Stave C, Greif R. Rendimiento e impacto de los primeros respondedores en la evolución de la medicina de emergencias prehospitalaria en Suiza. *Emergencias*. 2012;24:426–32.
 11. Sierra-Marcos A, Toledo M, Quintana M, Edo MC, Centeno M, Santamarina E, et al. Diagnosis of epileptic syndrome after a new onset seizure and its correlation at long-term follow-up: longitudinal study of 131 patients from the emergency room. *Epilepsy Res*. 2011;97:30–6.
 12. Tomás Vecina S, Chanovas Borràs MR, Roqueta F, Toranzo Cepeda T. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-seguridad paciente. *Emergencias*. 2012;24:225–33.
 13. Casado Flórez MI, Corral Torres E, García Ochoa MJ, de Elías Fernández R. La calidad asistencial y la competencia médica en la práctica clínica de emergencias, evaluada a través de un sistema de valoración del desempeño en la escena. *Emergencias*. 2012;24:84–90.
 14. Taboada M, Cabrera E, Epelde Gonzalod F, Iglesias-Lepine ML, Luque E. Sistema de ayuda a la toma de decisiones para servicios de urgencias hospitalarios diseñado mediante técnicas de modelado orientado a individuos. *Emergencias*. 2012;24:189–95.
- C. Fernández Alonso^a, J.A. Matias-Guío^b, C. Castillo^a y F.J. Martín-Sánchez^{a,c,*}
- ^a Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España
^b Servicio de Neurología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España
^c Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital San Carlos, Madrid, España
- * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: fjjms@hotmail.com (F.J. Martín-Sánchez).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2014.02.005>

Labor asistencial del equipo de guardia de neurología en un hospital terciario de Madrid: análisis prospectivo durante un año. Contestación a réplica



Workload of on-call emergency room neurologists in a Spanish tertiary care centre. A one-year prospective study. Response to a reply

Sr. Editor:

Hemos leído con atención la réplica de Vázquez Lima et al sobre la labor asistencial del equipo de guardia de Neurología en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid¹, a quienes agradecemos su interés.

Nos parece un dato sesgado, lo referido a que los hospitales comarcales y medios tengan una tasa de mortalidad en

urgencias, y un tiempo de demora en la asistencia menor a otros centros, basado en el estudio SUHCA², sin una comparación de la complejidad y gravedad de los pacientes atendidos en los grandes hospitales, o es ¿que la atención es peor? La asistencia prestada en los centros de diferente nivel no puede ser la misma, el beneficio de una atención a pacientes neurológicos complejos o graves es mejor cuando es especializada³.

El objetivo de nuestro estudio¹ no es el de promocionar una especialidad propia, sino evidenciar la importante labor asistencial en la urgencia neurológica de un hospital de alta complejidad, y la necesidad de la atención urgente neurológica en hospitales de la misma complejidad. Los porcentajes de la labor asistencial están referidos a las urgencias médicas.

No nos parece que el síndrome coronario agudo sea un ejemplo aplicable, desgraciadamente, al ictus en la actualidad, pues es preciso una neuroimagen para el tratamiento en fase aguda. Tampoco otras modalidades de atención al ictus, diferentes a la unidad de ictus, como los equipos de ictus han demostrado beneficio⁴.

El fin de nuestra profesión, especialistas o no, es la atención al paciente, eficaz, eficiente y efectiva. Tiene que ser sostenible, pero también con equidad, por lo que estamos de acuerdo en la «agrupación nodal» u otras estrategias de