

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

organización, similar al código ictus, para que los pacientes neurológicos, que lo precisen, sean remitidos a los hospitales con urgencia neurológica⁵.

Finalmente, las conclusiones se refieren a los hospitales de alta complejidad, como el nuestro, obviamente no para todo tipo de hospitales.

Bibliografía

1. Rodríguez Cruz P, Pérez Sánchez J, Cuello J, Sobrino García P, Vicente Peracho G, García Arratibel A, et al. Labor asistencial del equipo de guardia de neurología en un hospital terciario de Madrid: análisis prospectivo durante un año. *Neurología*. 2014;29:193–9.
2. Miró O, Escalada X, Gene E, Boque C, Jiménez Fábrega F, Netto C. Estudio SUHCA (1): mapa físico de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias*. 2014;26:19–34.
3. Dávalos A, Castillo J, Martínez Vila E. Delay in neurological attention and stroke outcome. Cerebrovascular Diseases Study Group of the Spanish Society of Neurology. *Stroke*. 1995;26:2233–7.
4. Govan L, Weir CJ, Langhorne P. Organized Inpatient (Stroke Unit) Care for Stroke. *Stroke*. 2008;39:2402–3.

5. Vivancos J, Gil Núñez A (Coord.). Protocolo de consenso para la atención al Ictus en fase aguda en la (CM). Samur-Protección Civil. Servicio de Urgencias Médicas de Madrid-SUMMA 112- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, Agrupación Madrid. Foro de Ictus de Madrid-Asociación Madrileña de Neurología; 2006.

P.M. Rodríguez Cruz^{a,*}, F. Díaz Otero^{a,b}, D. Ezpeleta^c, A. García Pastor^{a,b} y A. Gil Núñez^{a,b}

^a Servicio de Neurología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Unidad de Ictus, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^c Servicio de Neurología, Hospital Universitario Quirón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rodriguezcrupm@gmail.com (P.M. Rodríguez Cruz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2014.10.003>

Neuourgencias



Neuro-emergencies

Sr. Editor:

Hemos leído con sumo interés el artículo «Labor asistencial del equipo de guardia de neurología en un hospital terciario de Madrid: análisis prospectivo durante un año» de Rodríguez Cruz et al.¹ y no tenemos ninguna duda de que en hospital de primer nivel, como el Gregorio Marañón, es incuestionable la necesidad de una unidad de ictus y de un neurólogo de presencia física en su plantel de guardias. Aclarado inicialmente este aspecto, nos gustaría analizar algunos datos y matizar algunas afirmaciones.

Prestar asistencia a 3.234 urgencias neurológicas sobre 92.762 urgencias médicas supone evidentemente un 3,48% de estas, pero representa realmente un 1,3% del total de urgencias hospitalarias (si se incluyen las urgencias pediátricas, traumatológicas, quirúrgicas, obstétricas y ginecológicas)¹.

Es preciso destacar que en la mayor parte de los hospitales españoles (91%) las urgencias están unificadas². Diversos investigadores han señalado que hasta un 43% de los hospitales atienden 100 urgencias o menos diarias (hospitales pequeños y comarcales) y hasta un 32% de los hospitales atienden entre 100 y 200 urgencias diarias. Solo un 20% de los hospitales atiende más de 200 urgencias al día y no llega al 5% los que atienden más de 500 urgencias día^{2,3}. Estos 2 primeros grupos (hospitales comarcales y medios) dan cobertura a aproximadamente el 50% de la población. Y además llamativamente la mortalidad en urgencias y el tiempo de demora en la asistencia es menor en estos centros².

Es evidente que deben existir hospitales de 1.^{er}, 2.^o y 3.^{er} nivel por razones obvias. Lo que no pueden existir son

servicios de urgencias de 1.^{er}, 2.^o y 3.^{er} nivel. La asistencia prestada a un paciente en el servicio de urgencias de un hospital comarcal tiene que ser exactamente la misma que la prestada en el servicio de urgencias del Gregorio Marañón. Esta es la clave del significado de las palabras accesibilidad y equidad en la asistencia⁴. Una cosa es el destino final del paciente (una vez estabilizado) y otra muy diferente el nivel de la calidad asistencial inicial prestada en el servicio de urgencias. La asistencia prestada en un servicio de urgencias a un dolor torácico (independientemente de que sea una neuropatía, un SCACEST, una neumonía, un espasmo esofágico difuso o un neumotórax...) es competencia del médico de urgencias⁵. La atención recibida por el paciente en cualquier patología dependiente del tiempo en su valoración y estabilización inicial, su sospecha diagnóstica y medidas terapéuticas iniciales⁶ es la labor que debe desempeñar este profesional sobre la base a un currículo formativo (médico de urgencias) bien definido⁷. Y sin duda este nivel de competencia está claramente delimitado en numerosos países^{8,9} y ha contribuido de manera significativa a mejorar la calidad en la asistencia sanitaria de urgencias. La posterior relación con otras especialidades para optimizar el proceso asistencial estará condicionado por las circunstancias sociodemográficas del área, los recursos disponibles, la viabilidad del transporte y las políticas sanitarias establecidas con dicho fin. Un papel nada desdeñable podrían desempeñar las nuevas tecnologías de la información y comunicación¹⁰.

Por tanto, no podemos estar de acuerdo con la afirmación de que está justificada la presencia física de un equipo de Neurología las 24 h del día en los diferentes servicios de urgencias. Por razones obvias de eficiencia y sostenibilidad, es inaplicable esta medida en todos los centros hospitalarios. Nos parece loable esta afirmación en aras de promocionar una especialidad propia, pero no parece factible. Tal vez la agrupación en centros nodales de referencia