

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.º, 2.º y 3.º nivel por razones obvias. Lo que no pueden existir son

servicios de urgencias de 1.º, 2.º y 3.º 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

bien intercomunicados con el resto de hospitales de un área sea una posibilidad a considerar.

Finalmente, y en referencia a las unidades de ictus, compartimos su necesidad; pero creemos firmemente en que es tanto o más necesario el desarrollo de procedimientos compartidos entre las especialidades implicadas en el tratamiento de patologías dependientes del tiempo como el ictus¹¹. Ejemplos (que han supuesto un enorme salto cualitativo en el manejo de estos procesos) como los códigos «SCA», muy bien desarrollados en algunas comunidades, han condicionado definitivamente el resultado final en el tratamiento del SCACEST¹². El tratamiento del infarto cerebral debe dispensarse en unidades de ictus (cuando estén disponibles)¹³ pero no menos cierto es que la existencia de códigos de activación «ictus» habilita esta primera premisa. Por otra parte, si estas unidades de ictus no están disponibles (por razones estructurales o simplemente porque no se cumplen los mínimos exigibles para su existencia) deberá vertebrarse alguna opción factible en tiempo y forma^{14,15} para mejorar la morbilidad de esta patología en nuestros pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan ningún conflicto de intereses. Todos los derechos de autor se ceden a Neurología' en caso de que sea aceptado para su publicación.

Bibliografía

- 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.
- Miró O, Escalada X, Gene E, Boque C, Jiménez Fábrega F, Netto C. Estudio SUHCAT (1): mapa físico de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias*. 2014;26.
- Vázquez Lima MJ. Intoxicaciones advertidas y ocultas por monóxido de carbono en el Área Sanitaria do Salnés. Santiago de Compostela: Facultad de Medicina; 2013.
- Holliman CJ, Mulligan TM, Suter RE, Cameron P, Wallis L, Anderson PD, et al. The efficacy and value of emergency medicine: A supportive literature review. *Int J Emerg Med*. 2011;4:44.
- Shenvi CL, Biese K, Tintinalli J. 30 años de programas de residencia en Medicina de Urgencias y Emergencias en Estados Unidos. *Emergencias*. 2013;25:9–12.
- Leeper S, Martin I. La medicina de urgencias y emergencias global en 2013: el mundo está esperando. *Emergencias*. 2014;26:227–31.
- UEMS. UEMS Multidisciplinary Joint Committee on Emergency Medicine, European Society for Emergency Medicine. European Curriculum for Emergency Medicine [Internet] [consultado Jun 2014]. Disponible en: http://www.eusem.org/cms/assets/1/pdf/european_curriculum_for_em-aug09-djw.pdf
- American Board of Emergency Medicine. The Emergency Medicine Milestone Project. A Joint Initiative of the Accreditation Council for Graduate Medical Education and the American Board of Emergency Medicine [Internet] [consultado Jun 2014]. Disponible en: www.acgme-nas.org/assets/pdf/EM%20Milestones%20Meeting4.Final%2010%209%202012.pdf
- Totten V, Bellou A. Development of emergency medicine in Europe. *Acad Emerg Med*. 2013;20:514–21.
- Demaerschalk BM, Bobrow BJ, Raman R, Kiernan T-EJ, Aguilar MI, Ingall TJ, et al. Stroke team remote evaluation using a digital observation camera in Arizona. The Initial Mayo Clinic Experience Trial. *Stroke*. 2010;41:1251–8.
- Fábrega XJ, Etxeberria JLE, Mena JG. Códigos de activación: pasado, presente y futuro en España. *Emergencias*. 2011;23:311–8.
- Barge-Caballero E, Vázquez-Rodríguez JM, Estévez-Loureiro R, Calviño-Santos R, Salgado-Fernández J, Aldama-López G, et al. Angioplastia primaria en el Área Norte de Galicia: cambios asistenciales y resultados tras la implantación del programa PROGALIAM. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:341–9.
- Masjuan J, Álvarez-Sabín J, Arenillas J, Calleja S, Castillo J, Dávalos A, et al. Plan de asistencia sanitaria al ICTUS II. 2010. *Neurología*. 2011;26:383–96.
- Jiménez M, Tur S, Legarda I, Gorospe A, Torres M, Merino P, et al. Telemedicina aplicada al ictus en las Islas Baleares: el proyecto Teleictus balear. *Rev Neurol*. 2012;54:31–40.
- Pedragosa A, Álvarez-Sabín J, Molina C, Brugués J, Ribó M. Trombólisis endovenosa en un hospital comarcal mediante el sistema teleictus. *Rev Neurol*. 2011;53:139–45.

M.J. Vázquez Lima^{a,*} y J.R. Casal Codesido^b

^a Servicio de Urgencias, Hospital do Salnés, Vilagarcía de Arousa, Pontevedra, España

^b Servicio de Urgencias, Hospital El Bierzo, Ponferrada, León, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: m vazlim@gmail.com
(M.J. Vázquez Lima).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2014.07.005>