



NEUROLOGÍA

www.elsevier.es/neurologia



CARTAS AL EDITOR

Autoevaluación del cumplimiento del protocolo de manejo de la ataxia aguda en urgencias[☆]

Self-assessment of compliance to the protocol for the management of acute ataxia in emergencies

Sr. Editor:

En nuestro hospital se está trabajando en un plan de mejora de la calidad de urgencias mediante la protocolización de patologías pediátricas^{1–6}, con el fin de unificar y consensuar criterios de actuación y optimizar la docencia y la práctica asistencial. Los protocolos siguen unas normas de metodología y formato establecidas por la comisión de tecnología y adecuación de recursos, y son evaluados y actualizados periódicamente para su adecuada aplicación. Este estudio revisa datos epidemiológicos y el cumplimiento de los indicadores del protocolo de la ataxia aguda en urgencias.

La ataxia aguda es un motivo de consulta poco frecuente de urgencias de pediatría. Su origen más frecuente suele ser patología banal, como fármacos, infecciones o tóxicos, pero en ocasiones, puede ser signo de patología de gravedad que es necesario descartar mediante una correcta anamnesis, exploración física y exámenes complementarios. Por este motivo, y de acuerdo con la bibliografía revisada^{7,8}, en nuestro protocolo se establecía la realización de estudios de neuroimagen de urgencia (TC, si estaba disponible RM), así como ingreso, en aquellos pacientes que presentasen papiledema u otros datos de hipertensión endocraneal, clara focalidad neurológica, afectación del nivel de conciencia, o en los que no existiese un diagnóstico etiológico claro tras las primeras horas. En los casos no resueltos tras esta investigación inicial, se recomendaba la realización de RM.

El protocolo de la ataxia aguda, elaborado conjuntamente por neuropediatras y especialistas en urgencias pediátricas en octubre 2004, fue revisado en diciembre de 2006, con la inclusión de criterios e indicadores de calidad y nuevamente actualizado tras revisión bibliográfica en enero

de 2009, proponiéndose asimismo un algoritmo de actuación.

Con objeto de evaluar la actuación y la utilidad del protocolo y proponer acciones de mejora se han revisado los criterios de calidad establecidos (tabla 1), comparándolos con la evaluación previa realizada en 2006.

Los datos actuales se han obtenido mediante revisión de los informes de aquellos pacientes registrados en la unidad de observación de urgencias con motivo de consulta o diagnóstico de ataxia o inestabilidad y de aquéllos con diagnósticos al alta de: ataxia aguda, alteración de la marcha, ataxia posvaricelosa⁹ y ataxia locomotriz (CIE 9: 781.3, 781.2, 052.7, y 094.0, respectivamente), entre enero de 2007 y enero de 2009.

Se revisaron la edad de presentación, el tiempo de evolución a su llegada a urgencias, la presencia de sintomatología asociada, las pruebas complementarias realizadas, la necesidad de ingreso en planta o unidad de cuidados intensivos, los diagnósticos finales, el control posterior en la consulta de neuropediatría y el cumplimiento de los indicadores de calidad.

Entre enero de 2007 y enero de 2009 se atendió a 451.413 niños en urgencias de pediatría, encontrándose 14 casos de ataxia aguda, siendo 6 varones y 8 mujeres.

La edad de presentación media fue de 5,3 años, siendo 8 (57%) pacientes menores de 3 años. La mayoría de los pacientes acudieron a urgencias en las primeras 24 h desde el comienzo de los síntomas. Dos casos que mostraron una evolución más prolongada, aproximadamente de 72 h hasta la atención en urgencias, resultaron una encefalomielitis aguda diseminada (EMAD) y un tumor de fosa posterior. De los 14 pacientes, presentaron 7 ataxia aislada, 2 asociaban focalidad neurológica y los otros 5 manifestaciones vegetativas.

Se realizó una TC craneal urgente en 10 pacientes, siendo 8 normales (cuyos diagnósticos finales fueron 2 intoxicaciones, por ingesta de ambientador y de benzodiazepinas, respectivamente, 1 traumatismo craneo-encefálico, un cuadro conversivo y 3 casos de ataxia cuyo origen no logró filiarse). Los 2 casos que mostraron TC alterada fueron el tumor de fosa posterior y una hidrocefalia triventricular por probable estenosis del acueducto de Silvio, que presentó ataxia asociada a signos de hipertensión endocraneal; en ambos casos, se completó el estudio con RM, que también se realizó y fue diagnóstica en el caso de EMAD.

Los 4 casos en los que no se realizaron técnicas de neuroimagen fueron 1 ataxia posvaricelosa, 1 intoxicación, 1 cuadro presincopeal y 1 episodio vertiginoso.

[☆] Presentado como póster en Reunión Nacional la Sociedad española de Neurología Pediatría. Bilbao, mayo de 2009.

Tabla 1 Indicadores de calidad y porcentaje de cumplimiento

Criterio	Indicador	Excepción	Estándar	N1	N2
Constancia de antecedente proceso infeccioso o vacunas recientes	N.º historias con criterio/n.º historias revisadas	Ninguna	90%	11 (100%)	6 (43%)
Constancia de posible ingesta de fármacos o tóxicos	N.º historias con criterio/n.º historias revisadas	Ninguna	90%	4 (35%)	7 (50%)
Constancia de Glasgow	N.º historias con criterio/n.º historias revisadas	Ninguna	90%		14 (100%)
Realización de fondo de ojo y profesional que lo realiza	N.º historias con criterio/n.º historias revisadas	Ninguna	90%	4 (35%)	4 (28%)
Focalidad neurológica (pares craneales y asimetrías especialmente motoras)	N.º historias con criterio/n.º historias revisadas	Ninguna	90%	6 (55%)	14 (100%)

Total de casos: n1 (revisión de los casos diagnosticados entre enero de 2005 y enero de 2007) 11; n2 (revisión de los casos diagnosticados entre enero de 2007 y enero de 2009) 14.

Todos los pacientes fueron ingresados, salvo un cuadro de intoxicación que presentó clínica transitoria y se le dio de alta al ceder ésta desde la unidad de observación de urgencias, y un episodio vertiginoso; ninguno ingresó en la unidad de cuidados intensivos. Se siguieron en la consulta de neuropediatría tras el alta los casos de ataxia secundarios a EMAD, TCE, ingesta de ambientador y aquellos que quedaron sin filiar durante el ingreso.

Los resultados del cumplimiento de los criterios de calidad en el primer y segundo periodo se reflejan en la **tabla 1**. Tras la primera revisión, insistimos en la importancia de la constancia por escrito de los criterios de calidad, especialmente de la ingesta de tóxicos o fármacos, la realización del fondo de ojo o la presencia de focalidad neurológica, que presentaban menor porcentaje de cumplimiento, y se introdujo como criterio de calidad la constancia de la escala de Glasgow.

En la segunda autoevaluación objetivamos un grado de cumplimiento escaso de la constancia de realización del fondo de ojo y de datos relevantes de la anamnesis, como la ingesta de fármacos o tóxicos y o el antecedente infeccioso o vacunal, aunque creemos que son informaciones recogidas en nuestra práctica rutinaria pero no reflejados por escrito. En cualquier caso, la actualización del protocolo fue presentada en sesión clínica en nuestro hospital, prestando especial atención a los criterios de menor cumplimiento o registro.

Comparando ambos grupos, cabe destacar la mejoría en el registro en nuestras historias clínicas de la presencia o ausencia de focalidad neurológica. Aunque la constancia de la escala de Glasgow era un criterio de nueva inclusión, se analizó retrospectivamente su cumplimiento, siendo en ambos casos del 100%.

La realización de protocolos y su autoevaluación constituyen un instrumento para disminuir la variabilidad y optimizar la práctica asistencial, representando un método de primer orden en la formación médica^{10,11}; la evidencia sugiere que el *audit* con su *feedback* basado en sus indicadores pueden ser efectivos en el cambio de la práctica profesional^{12,13}; en nuestro caso se realiza mediante la presentación de los resultados en sesión clínica con las consiguientes propuestas de mejora; para este proceso de evaluación y monitorización

continua se requiere una actualización bibliográfica periódica, con revisión de las últimas evidencias existentes. La protocolización supone un aspecto importante de la calidad y su evaluación nos ha introducido en un ciclo de aprendizaje y mejora que no tiene punto final.

Bibliografía

- Sáenz Moreno I, Jiménez Fernández M, López Pisón J, Miralbé Terraza S, García Oguiza A, García Mata JR, et al. Parálisis facial en Urgencias de Pediatría: Actualización de nuestro protocolo y autoevaluación. *Rev Neurol*. 2007;45:205–10.
- Romero Salas Y, Pascual Sánchez M, López Pisón J, García Mata JR, García Jiménez MC, Campos Calleja C, et al. Autoevaluación del cumplimiento del protocolo del traumatismo craneoencefálico en urgencias en mayores de un año. *An Pediatr*. 2008;69:582–3.
- García Oguiza A, Soria Marzo A, Baldellou Vazquez A, Campos Calleja C, García Jiménez I, López Pisón J, et al. Aproximación etiológica a la hipoglucemia en urgencias: revisión de un protocolo. *Rev Calid Asist*. 2008;23:194–6.
- Pascual Sanchez M, Romero Salas Y, López Pisón J, García Mata JR, García Jiménez M-C, Campos Calleja C, et al. Autoevaluación del cumplimiento del protocolo del manejo del traumatismo craneoencefálico en niños menores de 1 año en urgencias. *Rev Calid Asist*. 2009;24:177–8.
- Monge Galindo L, Perez Delgado R, Lopez Pisón J, García Jiménez MC, Campos Calleja C, Peña Segura JL, et al. Estrategias de mejora a partir de la evaluación continua de un protocolo: cefalea afebril en pediatría. *Rev Calid Asist*. 2009;24:287–8.
- Pérez Delgado R, Sebastián Torres B, López-Pisón J, García Oguiza A, García Mata JR, García Jiménez MC, et al. Evaluación del protocolo de punción lumbar diagnóstica en urgencias. *Rev Calid Asist*. 2009;24:232–3.
- Management of ataxia: Guidelines on best clinical practice [en línea]. Ataxia UK. March 2007. Revisión en verano de 2008 [consultado 22/1/2009]. Disponible en: http://www.ataxia.org.uk/publications_and_pictures/guidelines.pdf.
- Camacho Salas A, Simon de las Heras R, Mateos Beato F. Ataxia aguda. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP 2008 [consultado 20/1/2009]. Protocolos de Neurología [en línea] 2008;28:210-216. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/neurologia/28-ataxia.pdf>.
- Van der Maas NA, Bondt PE, De Melker H, Kemmeren JM. Acute cerebellar ataxia in the Netherlands: a study on the

- association with vaccinations and varicella zoster infection. *Vaccine*. 2009;27:1970–3.
10. Cantillon P, Roger Jones R. Does continuing medical education in general practice make a difference? *BMJ*. 1999;318:1276–9.
 11. National Institute for Clinical Excellence. Principles for best practice in clinical audit. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2004. p. 1–196.
 12. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback. *Qual Saf Health Care*. 2006;15:433–6.
 13. De Vos M, Graafmans W, Kooistra M, Meijboom B, Van Der Voort P, Westert G. Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature. *Int J Qual Health Care*. 2009;21:119–29.

I. Pomar Ladaria^a, Y. Armendáriz Cuevas^a,
J. Lopez Pisón^{a,b,*} y L. Monge Galindo^{a,b}

^a *Unidad de Neuropediatría, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España*

^b *Instituto Aragonés Ciencias de la Salud, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jlopezpi@salud.aragon.es
(J. Lopez Pisón).

doi:10.1016/j.nrl.2011.01.024

Aneurisma de arteria carótida interna extracraneal. Una patología infrecuente de los troncos supraaórticos

Extracranial internal carotid artery aneurysm: an uncommon disease of the supra-aortic arteries

Sr. Editor:

El aneurisma de carótida es una rara patología con una incidencia del 0,3% de los aneurismas en general. Muchos casos permanecen asintomáticos hasta que aparecen síntomas neurológicos isquémicos, por lo que es importante su detección y tratamiento precoz. La localización más frecuente es a nivel del bulbo carotídeo y en la carótida interna proximal¹ y el tratamiento de elección es la cirugía abierta con exclusión del aneurisma y restablecimiento de la circulación mediante injerto.

Presentamos el caso de un paciente con aneurisma de carótida interna extracraneal, que se trató mediante resección e interposición de injerto.

Se trata de un paciente de 67 años de edad, que es remitido a consultas externas de nuestro servicio por el hallazgo casual de aneurisma de aorta abdominal (AAA) de 4,8 cm, en el transcurso de un estudio ecográfico por síndrome tóxico.

El paciente presenta como antecedentes: alergia a penicilina y pirazolonas, hipertensión arterial, ex-tabaquismo, ex-enolismo, EPOC, hepatopatía crónica, anemia crónica, síndrome vertiginoso y trastorno inespecífico de pérdida de memoria.

A la exploración vascular presenta pulso carotídeo izquierdo aumentado, abdomen blando no doloroso con masa pulsátil y pulsos distales presentes en ambas extremidades.

Se inicia estudio vascular con analítica sanguínea completa, angio-tomografía computerizada (angio-TC) abdominal, índices tobillo-brazo y eco-doppler de troncos supraaórticos (TSA).

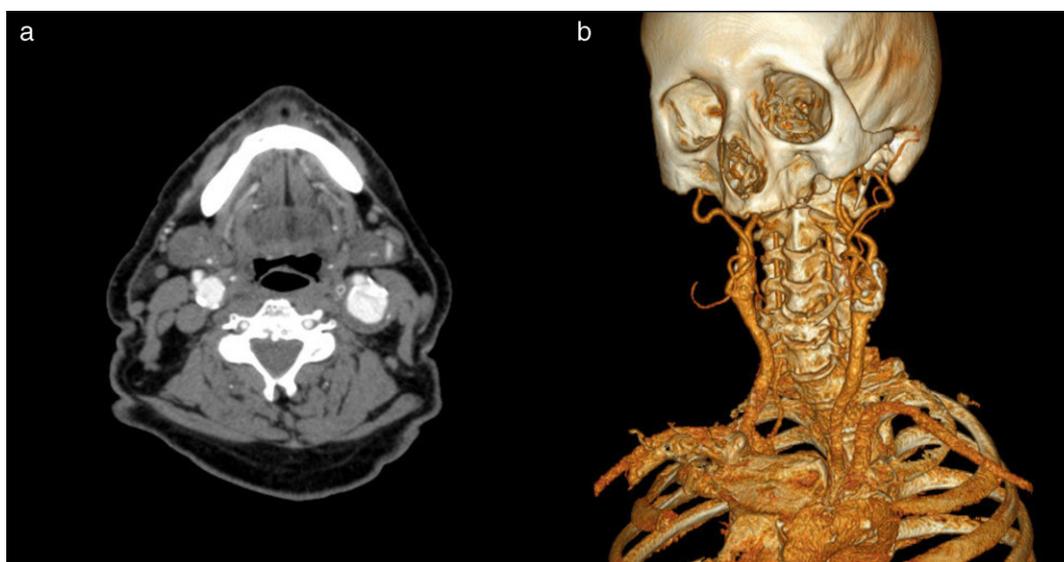


Figura 1 AngioTC cervical. Corte axial en lado izquierdo (a) y su reconstrucción en 3D en lado derecho (b), donde se demuestra la existencia de aneurisma carotídeo izquierdo.