

4. Weidaue S, nichtweiss M, Lanfermann H, Zanella FE. Spinal cord infarction: MR imaging and clinical features in 16 cases. *Neuroradiology*. 2002;44:851-7.

5. Vega-De Ceñiga M, Gómez-Vivanco R, Escalza-Cortina I, Barredo-Santamaría I, Barba-Vélez A. Paraplejía aguda y trombosis segmentaria de aorta infrarenal. *Angiología*. 2008;60:431-7.

6. Fuentes B, Gállego J, Gil-Núñez A, Morales A, Purroy F, Roquer J, et al. Guidelines for the preventive treatment of ischaemic stroke and TIA (II). Recommendations according to aetiological sub-type. *Neurología*. 2011, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2011.06.003>.

A.M. Gutiérrez-Alvarez<sup>a,\*</sup>, D. Sagarra-Mur<sup>a</sup>, M. del Valle-Sanchez<sup>b</sup> y C. Jimenez-Corral<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neurología, Hospital Santa Bárbara, Soria, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Santa Bárbara, Soria, España

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [angelam.gutierrez@gmail.com](mailto:angelam.gutierrez@gmail.com), [amgutierrez13@hotmail.com](mailto:amgutierrez13@hotmail.com) (A.M. Gutiérrez-Alvarez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2013.07.001>

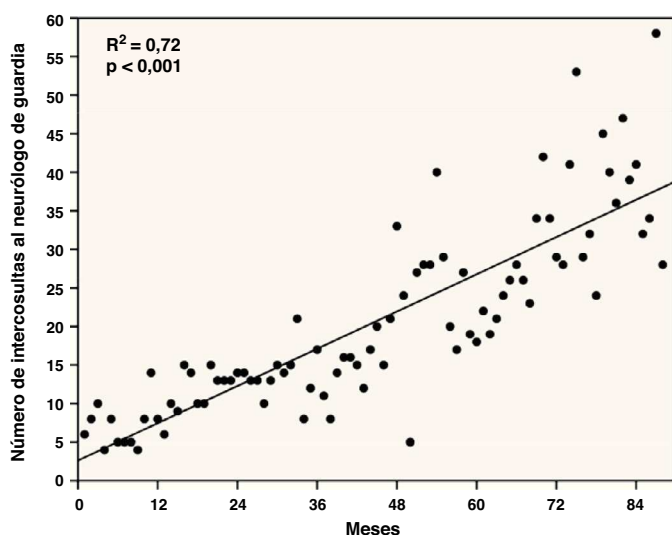
## Acerca de las interconsultas a los neurólogos formuladas desde urgencias

### Regarding emergency department consultations with neurologists

Sr. Editor:

Hemos leído con atención el trabajo de Ramírez-Moreno et al. recientemente publicado en *NEUROLOGÍA*, en el cual constatan un incremento de las interconsultas formuladas al neurólogo de guardia por otros compañeros especialistas hospitalarios entre los años 2005 y 2009<sup>1</sup>. El trabajo es innovador porque no conocemos ninguno en España que evalúe la dinámica a lo largo del tiempo que siguen las interconsultas entre facultativos hospitalarios. Uno de los datos que nos ha llamado la atención es que las que proceden del servicio de urgencias (SU) son las que han tenido uno de los crecimientos más marcados durante el periodo, hecho que convirtió a dicho servicio en el principal consultor del neurólogo al final del periodo de estudio.

Podría pensarse que, al haberse realizado el estudio en un único centro, su validez externa es dudosa. Nosotros podemos aportar datos similares, vistos «desde el otro lado» (desde el SU), que confirman los hallazgos de Ramírez-Moreno et al. El SU del Hospital Universitario Donostia tiene informatizadas todas las interconsultas realizadas desde abril del 2004. Hemos realizado un análisis mensual de las formuladas al neurólogo de guardia durante 88 meses consecutivos, hasta febrero del 2013. Así, hemos podido objetivar un incremento constante y estadísticamente significativo de estas interconsultas (fig. 1). Cuando analizamos las causas de interconsulta, observamos que, tanto al inicio (2006) como al final (2012) del período estudiado, la valoración de una focalidad neurológica es la causa líder de estas consultas y que además se ha asistido a un incremento estadísticamente significativo del peso relativo que tiene. Sin duda, desde nuestra perspectiva, este incremento lo justifica la puesta en marcha durante la última década del «Código ictus», en el cual los profesionales de los sistemas de emergencias médicas<sup>2,3</sup> y de los SU hospitalarios<sup>4</sup> han contribuido de forma clave en su implantación. Las sucesivas mejoras terapéuticas y adaptaciones del proceso han



Motivos de interconsulta	Año 2006 N (%)	Año 2012 N (%)	Valor de p
Focalidad neurológica	46 (52,9)	279 (65,3)	< 0,05
Traslado de otro centro	7 (8,0)	46 (10,8)	0,72
Mareo	7 (8,0)	14 (3,3)	0,07
Cefalea	4 (4,6)	5 (1,2)	0,52
Convulsiones	4 (4,6)	7 (1,6)	0,10
Movimientos anormales	3 (3,4)	0 (0,0)	< 0,01
Resto de interconsultas*	16 (18,4)	76 (17,8)	0,88
<b>Total</b>	<b>87 (100,0)</b>	<b>427 (100,0)</b>	

Figura 1 Evolución mensual del número de interconsultas realizadas desde urgencias al neurólogo de guardia (izquierda, análisis estadístico mediante regresión lineal; el mes 1 del eje de abscisas comprende mayo de 2004 y el 88, febrero de 2013) y comparación entre los motivos de consulta del primer año completo de estudio (2006) y el último (2012) (derecha, análisis estadístico mediante el test de la ji al cuadrado).

elevado, más si cabe, la figura del neurólogo como el de un especialista fuertemente ligado a las necesidades del SU<sup>5,6</sup>, donde el manejo de las afecciones dependientes del tiempo es una prioridad, máxime si se tiene en cuenta su situación de frecuente saturación y colapso<sup>7</sup>. Desde la perspectiva de los SU, la relación estrecha y fluida con otros profesionales es imprescindible y redundante en una atención de mayor calidad y a todas luces más segura<sup>8,9</sup>.

Los resultados de Ramírez-Moreno et al. y los nuestros deben hacernos meditar acerca de los cambios que, con el paso del tiempo, se producen en las relaciones y dependencias entre los diferentes profesionales que intervienen en una enfermedad. El ictus es una de las más palpables. Así, un profesional cuya participación en el SUH era mucho menos relevante hace una década, se ha vuelto ahora una de las más frecuentes y satisfactorias. Por ello, cualquier aproximación a un conocimiento más profundo de las relaciones entre profesionales y de los elementos que las facilitan y mejoran, como lo es la del trabajo comentado, es necesaria y bienvenida.

## Bibliografía

- 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.
- Jiménez Fàbrega X, Espila Etxebarria JL, Gallardo Mena J. Códigos de activación: pasado, presente y futuro en España. *Emergencias*. 2011;23:311–8.
- 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.
- Gómez-Angelats E, Bragulat E, Obach Baurier V, Gómez-Choco M, Sánchez M, Miró O. Resultados alcanzados con la puesta en marcha del circuito Código Ictus en un gran hospital: papel de urgencias y análisis de la curva de aprendizaje. *Emergencias*. 2009;21:105–13.
- 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;383–96.
- Cruz Culebras A, García-Pastor A, Reig G, Fuentes B, Simal P, Méndez-Cendón JC, et al. Intervencionismo neurovascular en la fase aguda del infarto cerebral. *Neurología*. 2010;25:279–86.
- Flores CR. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias*. 2011;23:59–64.
- Roqueta Egea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borràs MR. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias*. 2011;23:356–64.
- 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.

P. Busca<sup>a,b,\*</sup> y O. Miró<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup> Grupo de Investigación «Urgencias: procesos y patologías» (UPPs), Institut d'Investigació Biomèdica August Pi i Sunyer, Barcelona, España

<sup>b</sup> Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa, España

<sup>c</sup> Área de Urgencias, Hospital Clínic, Barcelona, España

Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [p.buscaostolaza@osakidetza.net](mailto:p.buscaostolaza@osakidetza.net) (P. Busca).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2013.06.021>

## Acerca de las interconsultas a los neurólogos formuladas desde urgencias. Respuesta del autor

### Regarding emergency department consultations with neurologists. Author's reply

Sr. Editor:

Agradecemos los comentarios realizados a nuestro trabajo por los Dres. Busca y Miró, y compartimos la esencia de sus conclusiones<sup>1</sup>. La visión de los Servicios de Urgencias (SU) de esta parte tan importante de nuestra labor asistencial nos da la oportunidad de comentar algunos aspectos en los que no profundizamos en nuestro trabajo inicial. El objetivo de nuestro estudio fue analizar descriptivamente y con carácter

temporal las interconsultas hospitalarias (IChs) recibidas en nuestro servicio durante un quinquenio y es cierto que este análisis temporal es innovador, ya que permite ver cómo evoluciona este tipo actividad asistencial<sup>2</sup>. Aunque la atención de la urgencia hospitalaria no se ha considerado clásicamente como parte de la atención de la interconsulta, algo que comentamos en nuestro estudio, creímos conveniente incluirlas por que en nuestro medio, donde no existía guardia de Neurología ni busca en horario de mañana en ese periodo, el SU se comportaba con respecto a la afección neurológica como un fuerte consultor, utilizando la interconsulta reglada y siguiendo el modelo del resto del hospital para aquellas enfermedades que le generan dudas su manejo terapéutico y diagnóstico; es decir, igual que cualquier otro servicio hospitalario.

Existen trabajos con diferente metodología pero que dan información valiosa y suficiente sobre la atención neurológica en los SU<sup>3–7</sup>. La proporción de estas urgencias oscila, según 2 series, entre el 3 y el 14% de las urgencias médicas. En un estudio observacional de cohorte histórica realizado hace algunos años en un hospital general, se encontró que

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2013.06.021>.