

¿Guardia específica de ictus?

Manuel J. Vázquez-Lima,
Natividad Rodríguez-Bouzada

Servicio de Urgencias. Hospital do Salnés.
Vilagarcía de Arousa, Pontevedra, España.

Correspondencia: Dr. Manuel J. Vázquez Lima.
Servicio de Urgencias. Hospital do Salnés. Rúa Hospital, s/n.
E-36619 Vilagarcía de Arousa (Pontevedra).

E-mail: tvazlim@gmail.com

Aceptado: 23.09.14.

Cómo citar este artículo: Vázquez M, Rodríguez-Bouzada N. ¿Guardia específica de ictus? [carta]. Rev Neurol 2015; 60: 47.

© 2015 Revista de Neurología

Hemos leído con sumo interés el artículo de De Felipe et al publicado en *Revista de Neurología* [1]. No tenemos ninguna duda de la excelencia en la atención al ictus que puede representar una guardia específica de ictus con un neurólogo vascular localizado, de apoyo a la guardia de neurología general. Dicho esto, nos gustaría considerar algunas premisas en dicho planteamiento.

Compartimos plenamente las consideraciones establecidas en el Plan de Asistencia Sanitaria al Ictus II 2010. En los hospitales de referencia en ictus se recomienda un 'neurólogo con experiencia en ictus 24h/7d accesible' [2]. En dicho documento no se menciona 'guardia específica de ictus'. Parece evidente el motivo: como todo plan de asistencia sanitaria global, debe evaluarse correctamente el coste de las medidas a implementar (eficiencia) y su posible viabilidad.

Sin duda, la posibilidad de prestar asistencia a los ictus en un centro de primer nivel como el Hospital Universitario Ramón y Cajal con un neurólogo de presencia física, un residente de neurología y un neurólogo localizado específico de ictus es excepcional y muy eficaz.

Si observamos los resultados de las 18 semanas del estudio, se realizaron 80 llamadas, con una mediana de cuatro llamadas a la semana [1]. La media diaria de llamadas sería de 0,63; muy probablemente la mediana diaria sea de 1, y la moda, de 0 o 1. Si nos referimos al número de asistencias presenciales (neurólogo localizado de guardia específica para el ictus), la media es de 0,43 asistencias diarias.

Estamos plenamente de acuerdo en que la asistencia al ictus ha mejorado mucho en los últimos años, con las desigualdades ya citadas entre comunidades autónomas [3]. Comparti-

mos también las referencias a la crisis económica y la limitación en los recursos, así como los nodos de asistencia endovascular al ictus y el desarrollo de otras estrategias como el papel relevante de la telemedicina.

Es evidente que una guardia específica adicional de neurología vascular (acompañando al neurólogo general y al residente de neurología) puede ser de gran ayuda desde un punto de vista de asesoría científica. El concepto de sobrecarga asistencial es siempre relativo; en el estudio citado [4], la actividad fue de 3.234 urgencias neurológicas en un año (8,8 asistencias diarias de media) durante la guardia de presencia física de neurólogo general y residente de neurología.

Menos del 10% de los hospitales que admiten ictus en Europa lo hacen en las óptimas condiciones con respecto a su nivel asistencial [5]. Ligada a esta premisa se encuentra la realidad de que en la mayor parte de los hospitales españoles (91%) las urgencias están unificadas [6]. 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. Sólo un 20% de los hospitales atiende más de 200 urgencias al día y no llega al 5% los centros que atienden más de 500 urgencias diarias. Estos dos primeros grupos (hospitales comarcales y medios) dan cobertura a aproximadamente el 50% de la población [6,7] y además, llamativamente, la mortalidad en urgencias y el tiempo de demora en la asistencia es menor en estos centros.

Por tanto, nos planteamos (sin dudar de su eficacia), desde el punto de vista de morbimortalidad bruta, si es más eficiente la guardia específica de ictus (acompañando a un neurólogo de guardia y a un residente de neurología) o bien la inversión de recursos económicos en potenciar el desarrollo en determinadas áreas de equipos de ictus o la implementación de sistemas de telemedicina [2,8], además de la puesta en marcha de 'códigos ictus' en la mayor parte de las áreas sanitarias (incluso remotas) y potenciar el papel relevante de enfermería [9]. Son numerosas las variables que intervienen en la evaluación del coste final de atención al ictus pero es muy probable que, además, medidas de prevención secundaria eficaces tengan mayor impacto en la reducción de complicaciones y en la optimización de costes [10].

Bibliografía

- De Felipe A, Alonso-Cánovas A, Vera R, Cruz-Culebras A, Alonso de Leciñana-Cases M, Sainz-De la Maza S, et al. ¿Es útil una guardia específica de ictus? Rev Neurol 2014; 59: 190-1.
- Masjuán J, Álvarez-Sabín J, Arenillas J, Calleja S, Castillo J, Dávalos A, et al. Plan de Atención Sanitaria al Ictus II 2010. Neurología 2011; 26: 383-96.
- López-Fernández JC, Arenillas J, Calleja S, Botia E, Casado I, Deyá E, et al. Recursos asistenciales en ictus en España 2010: análisis de una encuesta nacional del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares. Neurología 2011; 26: 449-54.
- 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.
- Leys D, Ringelstein EB, Kaste M, Hacke W, for the Executive Committee of the European Stroke Initiative. Facilities available in European hospitals treating stroke patients. Stroke 2007; 38: 2985-91.
- 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: 19-34.
- Vázquez-Lima MJ. Intoxicaciones advertidas y ocultas por monóxido de carbono en el Área Sanitaria do Salnés [tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Facultad de Medicina; 2013.
- Vázquez-Lima MJ, Blanco-González M. Algunas consideraciones sobre el infarto cerebral desde otra óptica. Neurología 2014; Jul 23. doi:10.1016/j.nrl.2014.04.003.
- De la Encina, EC, Mendoza CLM. Enfermería de urgencias (4). Enfermería en los códigos de activación: efectividad en la incertidumbre. Emergencias 2013; 25: 71-3.
- Mar J, Álvarez-Sabín J, Oliva J, Becerra V, Casado MA, Yébenes M, et al. Los costes del ictus en España según su etiología. El protocolo del estudio CONOCS. Neurología 2013; 28: 332-9.

Réplica

Alicia de Felipe, Araceli Alonso-Cánovas,
Rocío Vera, Antonio Cruz-Culebras, María Alonso
de Leciñana-Cases, Susana Sainz-De la Maza,
Diana Bragado, Alba Aguado, Francisco J.
González-Gómez, Jaime Masjuán

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal.
Madrid, España.

Correspondencia: Dra. Alicia de Felipe Mimbrera. Servicio
de Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Crta.
Colmenar, km 9,1. E-28034 Madrid.

E-mail: aldefelipe@gmail.com

Aceptado: 05.11.14.

Cómo citar este artículo: De Felipe A, Alonso-Cánovas A,
Vera R, Cruz-Culebras A, Alonso de Leciñana-Cases M,
Sainz-De la Maza S, et al. ¿Guardia específica de ictus?
[réplica]. Rev Neurol 2015; 60: 47-8.

© 2015 Revista de Neurología