

GUIA O ITINERARIO FORMATIVO

(MIR)

SERVICIO DE NEUROLOGÍA

**COMPLEJO HOSPITALARIO XERAL-CALDE
HOSPITAL UNIVERSITARIO LUGUS AUGUSTI**

LUGO

ÍNDICE

	Página
Personal del Servicio	4
Descripción del Hospital y planos de las zonas de ubicación	5
Acreditación docente del Hospital	6
Objetivos de Servicio	7
Patología atendida por Neurología	8
Consideración especial patología vascular	19
Proyecto consulta de alta resolución	25
Organización asistencial	32
Docencia e investigación	34
Plan de rotaciones	35

PERSONAL DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA

Jefe clínico:

- **Dr. José Antonio Cortés Laiño.**

Facultativos especialistas:

- **Dr Francisco Brañas. Fernández.**
- **Dr Robustiano Pego Reigosa.**
- **Dr. Miguel Alberte Woodward.**
- **Dra Mónica Guijarro del Amo.**
- **Dra. Yessica González Ardura.**

Tutor :

- **Dra. María Rodríguez Rodríguez**

Residentes:

- **Dra. Leticia Álvarez Fernández (Mir 4)**
- **Dr. Victor Nogueira Fernández (Mir 3)**
- **Dr. Carlos Filipe Da Silva França (Mir 2)**
- **Dr. Nabil Alberto Sabbagh Casado (Mir 1)**

Personal auxiliar de consultas:

- **Pilar Rodríguez Neira: Enfermera con dedicación a tiempo completo en Neurología con experiencia teórica y práctica en la misma.**
- **Manuela Vilar Pérez: Auxiliar de clínica con dedicación a tiempo completo en neurología.**

Personal colaborador;

- **Asistentas sociales**
- **Auxiliar administrativo de Comisión de Docencia.**

Toda la actividad del Servicio de Neurología se lleva a cabo en el
HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI (HULA)



FOTOGRAFÍA DEL HOSPITAL

El HULA es un hospital de tercer nivel del que dependen los Hospitales comarcales de MONFORTE DE LEMOS y de BURELA (“HOSPITAL DA COSTA”) FORMANDO PARTE DE LA XERENCIA DE XESTION INTEGRADA DE LUGO, CERVO e MONFORTE (EOXI) **de referencia para todos los enfermos de neurología de las áreas de dichos hospitales.**

Su capacidad es de:

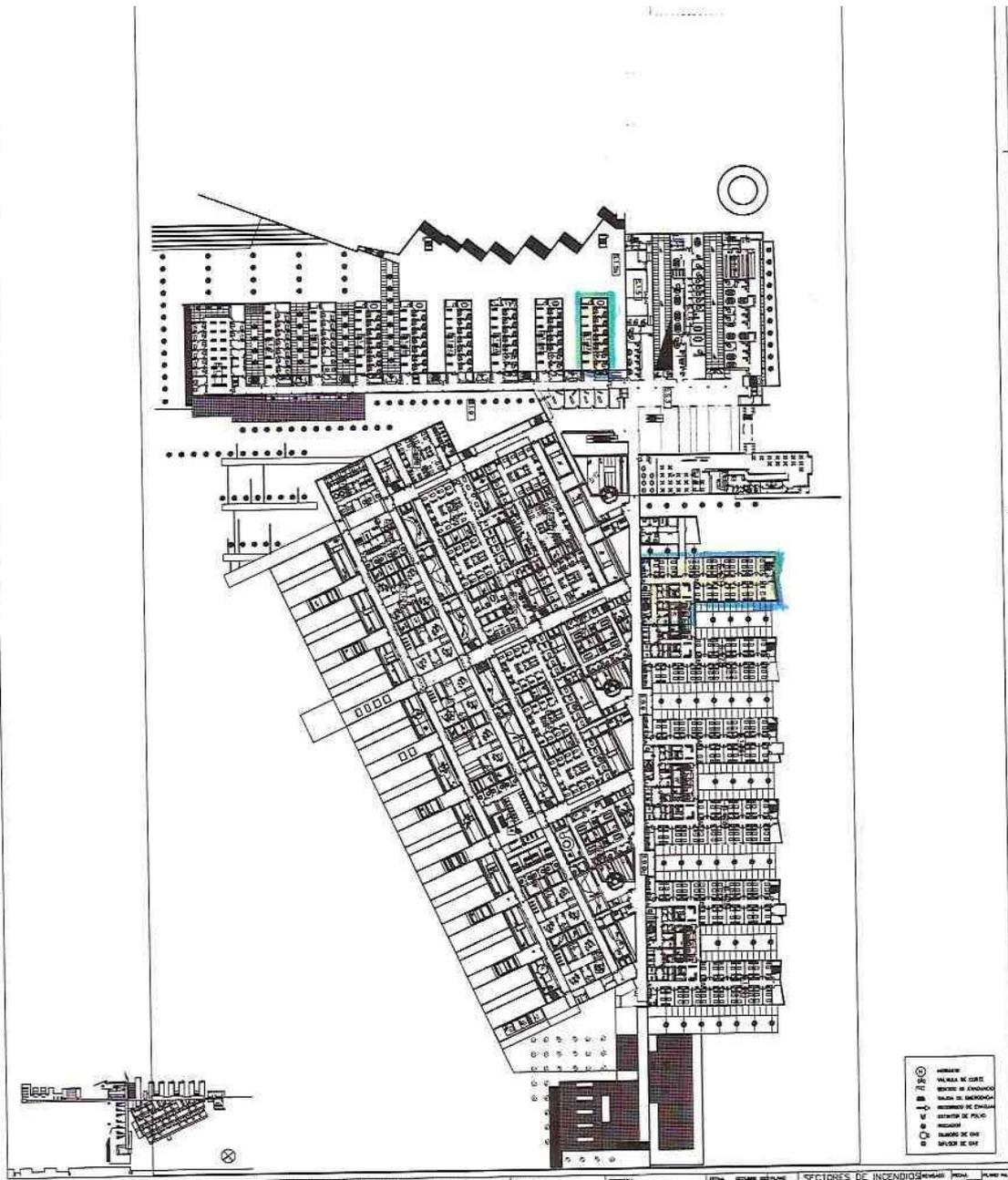
- 755 camas hospitalarias en habitación.
- 44 camas de UCI.
- 3 camas de UCI pediátrica.
- 18 camas de neonatos.
- 12 camas de despertar quirófano.

Con respecto al Hospital antiguo ha añadido:

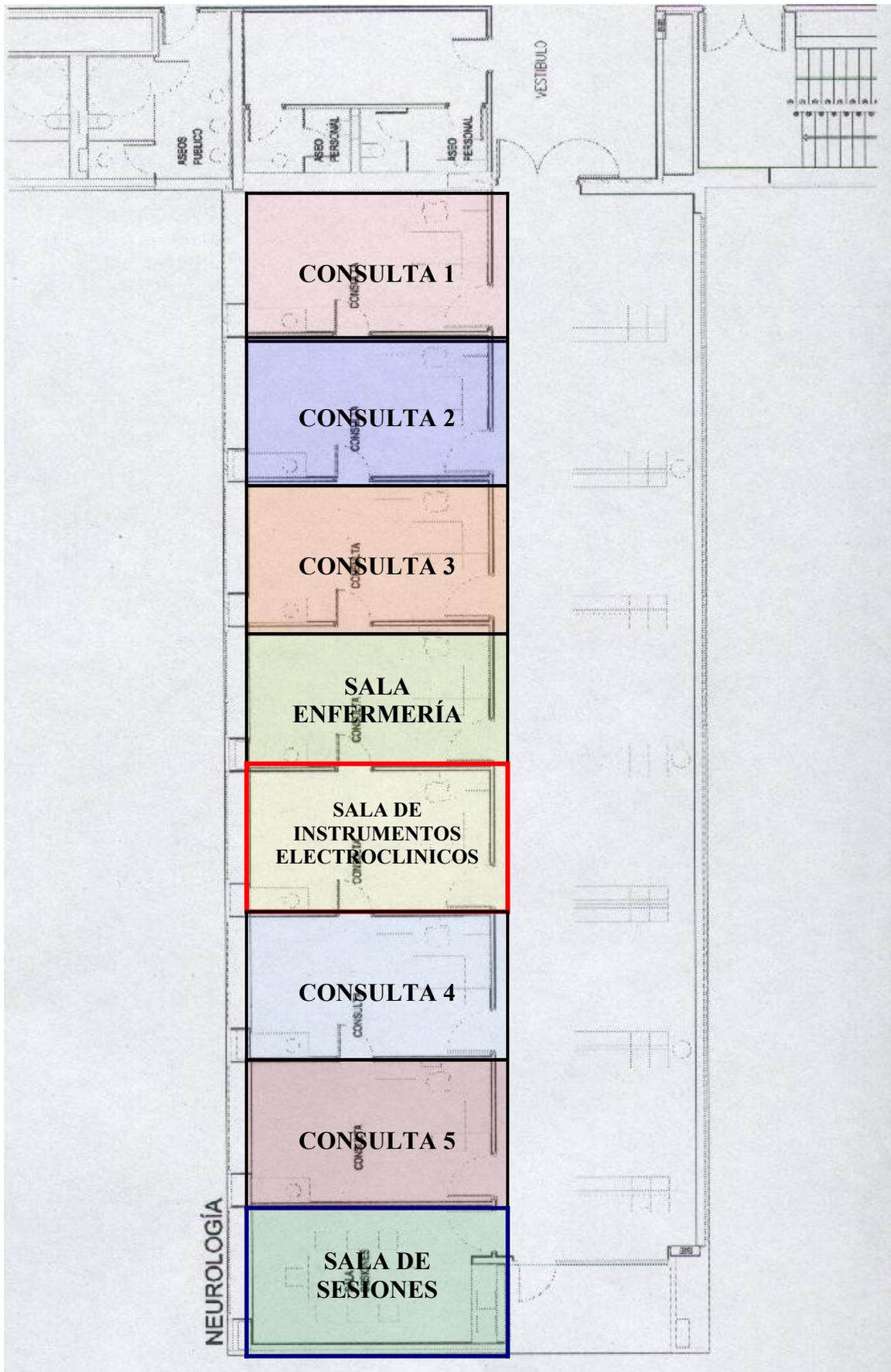
- Helipuerto.
- Radioterapia.
- Medicina Nuclear.
- Hemodinámica.

En cuanto al Servicio de Neurología se ha modernizado la Unidad de Ictus y se ha creado la Unidad de Vídeo EEG y se ha incrementado el número de camas de hospitalización y el número de salas de consulta, donde se ha adaptado el material con adquisición de aparataje electroclínico.

- **PLANO GENERAL CON LA UBICACIÓN DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA**



PLANO GENERAL DE LA PLANTA DEL HOSPITAL DONDE SE UBICA EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA (EN AZUL PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN Y EN VERDE LA DE CONSULTAS)



**PLANO DE LA ZONA DE CONSULTAS, SESIONES CLÍNICAS
Y APARATOS CLÍNICOS**



PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN CON SUS UNIDADES

ACREDITACIÓN PARA LA DOCENCIA POSTGRADUADA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO XERAL-CALDE

El HULA está acreditado para docencia hospitalaria postgraduada y ofrece programas de formación de especialistas en:

- MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.
- MEDICINA INTERNA.
- CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO.
- CIRUGÍA VASCULAR.
- PEDIATRÍA.
- ANESTESIA Y REANIMACIÓN.
- TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA.
- RADIODIAGNÓSTICO.
- PSICOLOGÍA CLÍNICA.
- OFTALMOLOGÍA.
- FARMACIA HOSPITALARIA.
- HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA.
- GERIATRÍA.
- PSIQUIATRÍA.
- NEUMOLOGÍA.
- ENDOCRINO.
- APARATO DIGESTIVO.

OBJETIVOS DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA

- 1. Crear una arquitectura asistencial del área de acorde a las necesidades de la misma.**
- 2. Aumentar cuantitativamente y cualitativamente la asistencia neurológica al conseguir que la mayoría de los enfermos con patología que corresponde a nuestra especialidad sea atendido por un neurólogo.**
- 3. Ofrecer a los pacientes todos aquellos avances diagnósticos y terapéuticos contrastados.**
- 4. Coordinación con atención primaria para priorizar la asistencia correcta a los enfermos neurológicos a través de una consulta telefónica, sesiones conjuntas en los PACS para comentar enfermos que preocupen a su MAP y optimizar el tiempo de demora en consulta y a la vez filtrar casos que no necesiten ser vistos en el hospital, y hacer un seguimiento compartido de los enfermos con patología neurológica crónica.**
- 5. Conseguir que la mayoría de enfermos con ICTUS ingresen en la Unidad de Ictus (Monitorización Intermedia) llevando a cabo un programa de concienciación entre la población y el personal sanitario para la aplicación del “CODIGO ICTUS”.**
- 6. Crear una unidad de Consulta de Acto único (“Alta Resolución”)**
- 7. Docencia e investigación:**
 - Cumplir un mínimo de dos publicaciones al año y/o comunicaciones a congresos.**
 - Se dará el apoyo necesario, en caso de que el residente lo desee, para el desarrollo de la tesis doctoral.**
 - Tendrá la obligación de asistir como oyente y de participar activamente en las sesiones clínicas del servicio y aquellas del hospital que sean de interés para él.**
- 8. Adaptar las guardias específicas de neurología para que el residente cumpla en este hospital y/o en algún otro hospital de la comunidad con las guardias específicas de la especialidad. En especial en cuanto al tratamiento del ictus en fase aguda con fibrinólisis.**

PATOLOGÍA DEPENDIENTE DE NEUROLOGÍA A NIVEL DE CONSULTA Y DE PACIENTES INGRESADOS.

DEMENCIA:

La demencia es una patología de causa diversa que plantea dificultades de diagnóstico; sobre todo para reconocer ciertos tipos de enfermedades que la provocan y que pueden tener un tratamiento específico que puede ser curativo o susceptible de mejoría o detención del proceso evolutivo. Además las causas degenerativas y vasculares aumentan la prevalencia en tanto que aumenta la edad de la población; lo que la convierte en una enfermedad cuyos recursos sanitarios tendrán que ir en aumento. Actualmente podríamos cifrar la cifra de enfermos de demencia en Lugo en unos 7.500 con una incidencia anual 8'2 cada 1000 personas.

Junto con las enfermedades vasculares cerebrales, la epilepsia, las cefaleas, la enfermedad de Parkinson y la esclerosis múltiple conforman el paradigma de las enfermedades típicamente neurológicas.

Es necesario prestar mayor atención a este tipo de enfermedades que muchas veces son infra diagnosticadas y otras veces sobre diagnosticadas al incluir pseudo demencias como cuadros verdaderos de deterioro cognitivo.

Independiente de que sea necesaria una atención interdisciplinaria: con asistentes sociales, médicos de familia, internistas, geriatras, psiquiatras, psicólogo, radiólogos y otros; es necesario que exista al menos **un neurólogo especialmente dedicado** a esta enfermedad para confirmar el diagnóstico en el mayor número de pacientes que sea posible y tratarlos o, en su caso, coordinar a todos los profesionales implicados, actuando de consultor en todos los casos en que fuese requerido. Esto implica una consulta monográfica dedicada al estudio inicial, diagnóstico, seguimiento evolutivo, en muchos casos, y tratamiento de la demencia como tal y de las complicaciones neurológicas, médicas y psiquiátricas que aparecen con el paso del tiempo.

En muchos casos es necesario someter al paciente a test largos que requieren consumo de mucho tiempo y para ello hemos de contar con un gabinete de psicología apropiado (dependiente del Servicio de Psiquiatría) y del apoyo del Servicio de geriatría cuando se requiera una evaluación global pluripatológica.

El Hospital de Lugo cuenta con un adecuado Servicio de Neurorradiología (con TAC y RMN) y de Neurofisiología (EEG y potenciales evocados) así como con estudio de SPECT y PET en los centros tutelados para tales pruebas.

EPILEPSIA:

Por su alta prevalencia 1 por cada 200 personas es una patología muy frecuente en el área de consulta donde consideramos que deberían ser vistos todos los pacientes adultos con sospecha de padecer la enfermedad antes de iniciar el tratamiento, todos los que tengan epilepsia refractaria o de difícil control y una buena parte de los de buen control para seguimiento y valoración de retirada de medicación si cumple las condiciones; aunque algunos podrían ser seguidos por su médico de familia con revisiones específicas en nuestro Servicio si son requeridas.

Aunque la mayor parte de los neurólogos deberían llevar enfermos con esta patología, hay **uno especialmente dedicado para los casos refractarios y para la valoración de candidatos quirúrgicos y para la modificación de parámetros en aquellos que porten un estimulador vagal.**

En estos momentos estamos programando con la Dirección del Hospital la creación de una sala de vídeo EEG que puede ir independiente (se necesita un espacio especialmente aislado con una jaula de Faraday) o adosada a la unidad del sueño que actualmente está a cargo de Neumología y Electrofisiología.

Los estudios complementarios con mesa basculante (necesario para diagnóstico de síncope neurocardiogénico) o holter EEG (caracterización de las crisis y diagnóstico de pseudocrisis) seguirían a cargo de los servicios de cardiología y de electrofisiología respectivamente.

En principio los enfermos considerados susceptibles de valoración quirúrgica son trasladados al Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS) que es el centro tutelado por la Consellería de Sanidade a tal fin.

ENFERMEDAD DE PARKINSON Y OTROS MOVIMIENTOS ANORMALES

Actualmente los trastornos por movimientos anormales son asumidos por todos nosotros.

En caso de la Enfermedad de Parkinson la monitorización de los enfermos con electrodos de estimulación profunda son atendidos en nuestro Servicio puesto que disponemos de material necesario para la modificación de parámetros (cambio de polaridad, frecuencia, intensidad del voltaje o longitud de la onda).

Aunque las pruebas de respuesta a apomorfina (Apo go) y las bombas de perfusión subcutánea son atendidas por dos de los médicos , casi todos los médicos de la unidad tienen algún paciente tratado con esta modalidad o, al menos, han aprendido los fundamentos de la misma para poder actuar en caso necesario en cualquier complicación que pueda aparecer.

También está distribuida entre todos los neurólogos del Servicio el tratamiento con toxina botulínica de distonías (incluyendo dos casos de distonía laríngea -con ayuda de O.R.L-), espasticidad y otras patologías como la hiperhidrosis palmar, plantar y axilar así como la sialorrea incapacitante asociada a enfermedades neurológicas y casos individualizados de cefaleas resistentes.

Debo hacer notar que nuestro Servicio es de referencia para la enseñanza de aplicación de toxina botulínica a nivel nacional; habiendo impartido varios cursos a diferentes especialistas en neurología de diversos hospitales de la comunidad gallega.

La aplicación guiada de toxina botulínica no requiere más que un electromiógrafo monocanal que ya poseemos. Los caso mas complejos (inyección de músculos intra abdominales, canales vertebrales) se llevan a cabo con la colaboración del Servicio de Electrofisiología.

Ante el aumento constante de pacientes incluidos para estas técnicas está previsto que en unos meses un neurólogo se dedicará más directamente al tratamiento de estas patologías que cada vez consumen más tiempo y que requiere un aprendizaje y una habilidad especial para obtener la mejor respuesta clínica.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE:

Esta enfermedad crónica afecta a gente joven provocando un gran impacto físico y psicológico. En la actualidad se están añadiendo tratamientos modificadores de la evolución con medicaciones muy caras y con importantes efectos secundarios que requieren que exista una exquisita selección de pacientes de forma individualizada dentro de protocolos cambiantes de un año a otro (interferón beta 1a y beta 1b, acetato de gratiramero, natalizumab, mitoxantrona, fingolimod, teriflunomida, bg-12, alentuzumab y otros inmunosupresores). Se tiene una consulta específica con tres neurólogos (especialmente) dedicados a esta y otras enfermedades inmunológicas con una enfermera y una auxiliar en una sala en donde se enseña a los enfermos a autoinyectarse, tratar los brotes (evitando ingresos de 5 días que dura un ciclo) y donde se pueden realizar punciones lumbares que son necesarias para el diagnóstico. El natalizumab (Tysabri), por ejemplo, se pone mensualmente en hospital de día, perfectamente adecuado para los tratamientos biológicos, donde existe un mobiliario adecuado para que el paciente permanezca la hora de la infusión y la hora de observación.

En cuanto al diagnóstico seguimos los últimos criterios de Mc Donald con una perfecta aplicación por el Servicio de Neurorradiología de los criterios de Barkoff y Tintoré para el diagnóstico por resonancia magnética cerebral y medular y se realizan los potenciales evocados visuales (y multimodales) en el Servicio de electrofisiología y el estudio de síntesis intratecal de inmunoglobulinas con bandas oligoclonales (inmunodifusión) y cálculo del índice de IgG según la fórmula recomendada por el grupo "ad hoc" de la SEN por el Servicio de bioquímica de nuestro centro.

CEFALEAS:

Sorprende que una patología tan prevalente, sobre todo en mujeres, siendo el hospital mismo un lugar donde muchos de sus trabajadores padezcan jaquecas y cefaleas de otro tipo no sea una de las causas más importantes de consulta. Es probable que la causa sea el nihilismo que existe ante el desconocimiento de las líneas correctas de diagnóstico y tratamiento lo que lleva a una gran parte de los pacientes a la automedicación y, en muchos casos, al abuso indiscriminado de analgésicos y triptanos que, mal utilizados, son claramente perniciosos conduciendo muchas veces a la cronicidad de la cefalea e incluso a la aparición de la cefalea crónica diaria luego tan difícil de tratar.

Es necesario realizar una labor de concienciación en prensa y la apertura de **una consulta especializada a tiempo parcial con un neurólogo** para la atención de esta patología que aunque no muchas veces mortal si afecta gravemente a la calidad de vida.

En el momento actual el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas primarias está repartido entre todos los integrantes del Servicio si bien existen dos personas más específicamente dedicados a los casos más difíciles y a la aplicación de toxina botulínica en algunos casos rebeldes.

INFECCIONES:

Existiendo una sección de patología infecciosa adscrita al Servicio de medicina interna la atención de las infecciones del sistema nervioso es compartido con dicha sección y con las Secciones de Medicina Interna general. Sobre todo en lo que afecta a los pacientes diagnosticados de SIDA el seguimiento y control y la mayor parte de las complicaciones oportunistas son atendidas directamente por los médicos que siguen a los pacientes. El residente debe rotar en la sección de infecciosas (dentro del periodo de rotación de Medicina Interna).

La parte que corresponde a meningitis aguda y meningitis crónica es compartida y, en general, las infecciones del sistema nervioso que cursan con focalidad neurológica o crisis comiciales es atendida por nuestra sección.

Encefalitis víricas, abscesos cerebrales, meningoencefalitis poco prevalentes como lues, neuroborreliosis (de la que hemos publicado los primeros casos informados en Galicia) son ingresados casi siempre a nuestro cargo.

De la misma forma los cuadros postinfecciosos como encefalomielitis aguda diseminada o las polirradiculoneuropatías agudas tipo Guillain Barré son llevados exclusivamente por nosotros con capacidad para tratar con inmunoglobulina humana, plasmaféresis (a cargo del Servicio de Hematología) y con el apoyo de la Unidad de Cuidados intensivos para los casos que precisen.

OTRAS:

Aunque los ingresos por ictus significan aproximadamente un 50 % del total y que las patologías enunciadas son la mayoría de las que son vistas en consulta, existe una gran diversidad de patologías menos frecuentes individualmente pero significativas en conjunto:

- **Miopatías.**
- **Ataxias.**
- **Vértigo y “mareo”**
- **Neuropatías.**
- **Miastenia gravis.**
- **Tumores.**
- **Mielopatías.**
- **Trastornos de la marcha.**
- **Hiperhidrosis.**
- **Trastornos del aprendizaje.**
- **Enfermedades por sustancias: adicciones, efectos secundarios de medicación**
- **Trastornos psicológicos: ansiedad, depresiones larvadas, simulaciones, rentistas.**

En su conjunto estas patologías son atendidas por todos los médicos del Servicio por tratarse de patologías poco prevalentes o muy generales.

CONSIDERACIÓN ESPECIAL A LA ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR:

La enfermedad cerebrovascular es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en el conjunto de la población de nuestra comunidad autónoma. Aunque todas las otras patologías tienen una gran importancia, la atención del ictus es fundamental que cambie radicalmente y ya se están llevando a cabo estos cambios en toda España. Está demostrado que el nihilismo adoptado por muchos los médicos sobre el tratamiento agudo del ictus no tiene razón de ser si tenemos en cuenta los estudios que demuestran una gran disminución de la mortalidad y de la morbilidad, si se cumplen ciertas pautas. Para ello es necesario que se cumpla una cadena asistencial que afecta a diferentes niveles:

1. PACIENTE:

- Reconocimiento de los síntomas de alarma.
- Percepción de la urgencia.

Nota: Sería necesario que a través de una campaña se dieran a conocer los síntomas de alarma compatibles con ictus para que este fuera reconocido por la mayor parte de la gente siendo la escala de Cincinnati una forma muy sencilla: Cuando existan uno a más de estos

- Debilidad facial.
- Caída de un brazo.
- Trastorno del lenguaje.

2. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS (061, PACS Y OTROS CENTROS DE REFERENCIA): ACTIVACIÓN DE UN “CÓDIGO ICTUS”

3. SERVICIO DE URGENCIAS:

- Llamada al neurólogo.
- Solicitud de TAC urgente.
- Inicio de medidas generales.

4. UNIDAD DE ICTUS: valoración del uso de fibrinólisis intravenosa con rTPA.

El número de pacientes que ingresa en nuestra unidad con el diagnóstico de ICTUS es aproximadamente del 50% del total de los ingresos. La tendencia es a un aumento constante año tras año motivada fundamentalmente por el aumento en el número de personas en el staff de neurología, a una disminución del nihilismo terapéutico entre los médicos de urgencias que derivaban muchos pacientes al Hospital de Calde (Medicina

Interna y Geriatría) y a la apertura de nuestra unidad de ictus con monitorización constante.

Estamos en continua actualización de protocolos de diagnóstico y tratamiento y, **nuestra unidad, ha elaborado un protocolo de ictus adaptado específicamente a nuestro hospital** y que detallamos al final de la memoria con un ejemplar del mismo.

UNIDADES DE ICTUS:

En sentido estricto una Unidad de Ictus es una organización del hospital que se dedica de forma total al cuidado de los pacientes que presentan enfermedades vasculares del cerebro, de cualquier etiología, y que dedican su atención al paciente en la fase aguda y a la prevención secundaria.

La Unidad de Ictus debe disponer de un espacio físico, de un equipo humano multidisciplinario y de unos medios técnicos mínimos adecuados para obtener unos resultados.

Este tipo de Unidad puede definirse como aquella que se dedica al diagnóstico precoz y al tratamiento especializado de enfermos con ictus durante la fase aguda, y a ella vamos a dedicar nuestra atención por pensar que es la más útil en el momento actual. Aunque en Estados Unidos y en Europa Occidental estas Unidades abundan, en nuestro país sólo disponemos en el momento actual pocas Unidades de estas características en Galicia.

El valor de estas Unidades se demuestra por una disminución de las complicaciones, menor morbilidad, descenso de la estancia media, menor número de secuelas y también por una disminución de la mortalidad. El meta análisis realizado por Langhorne puso de manifiesto una reducción de complicaciones y de cuidados institucionales en un 36% y una reducción de la mortalidad en un 25%. El coste de los pacientes con Ictus se puede ver beneficiado por la disminución de las complicaciones, menor estancia en hospitales de alto nivel y menor proporción de traslados a Centros de crónicos. Los estudios demuestran, sin embargo, que para que estos resultados se produzcan es necesario que **la selección de pacientes y la coordinación de todo el proceso sea dirigida por un neurólogo experto en patología vascular**, única forma de que la selección no incluya pacientes con diagnóstico erróneo e ictus contraindicados que conllevaría la pérdida porcentual de beneficio que se obtiene en los casos bien seleccionados.

Objetivos inmediatos de la Unidad de Ictus:

1. Disminuir el tiempo de latencia entre la llegada del paciente y el diagnóstico del paciente hasta unas 2 horas.
2. Asegurar una cama de atención especializada en las primeras horas del Ictus.

3. Poner en marcha de forma rápida las medidas generales de tratamiento.
4. Utilizar aquellas medidas especiales que hayan demostrado efectividad o, en forma de estudio adecuado, aquellos cuya eficacia no esté absolutamente contrastada.
5. Conseguir la realización de pruebas diagnósticas no urgentes durante las primeras 72 horas: Doppler, Arteriografía, Angio-Resonancia, Ecocardiograma, etc.
6. Iniciación precoz de fisioterapia.
7. Garantizar cuidados generales de enfermería, control de constantes, glucemia, cambios posturales, ventilación, nivel de conciencia.
8. Mantener un contacto diario con los especialistas básicos del equipo multidisciplinario y de forma regular con el resto de consultores.
9. Mejoría de los siguientes parámetros: complicaciones generales, infecciones, secuelas neurológicas, estancias hospitalarias, costo por paciente.

El valor de estas Unidades se demuestra por una disminución de las complicaciones, menor morbilidad, descenso de la estancia media, menor número de secuelas y también por una disminución de la mortalidad.

El metaanálisis realizado por Langhorne puso de manifiesto una reducción de complicaciones y de cuidados institucionales en un 36% y una reducción de la mortalidad en un 25%. El coste de los pacientes con Ictus se puede ver beneficiado por la disminución de las complicaciones, menor estancia en hospitales de alto nivel y menor proporción de traslados de pacientes a Centros de crónicos o convalecencia.

Recomendación: Al final de este siglo sería aconsejable que todos los Hospitales de referencia u Hospitales de nivel 3 estuvieran dotados con una Unidad de ictus, con cuidados de tipo intermedio y con un equipo interdisciplinario destinados a atender los pacientes procedentes de un área sanitaria, sin limitaciones iniciales salvo las que se indican en los criterios de exclusión.

EQUIPAMIENTO DE LA UNIDAD:

- Entre 4 y 6 camas de Cuidados Intermedios.
- Ubicación en la Sala General de Neurología.
- Camas adecuadas con protecciones y barandas; muebles y útiles adaptados
- Bombas de infusión continua.
- Monitores de TA, ECG y Oximetría.
- Doppler transcraneal.

Equipo humano básico:

- Neurólogo coordinador y otro asociado.
- Staff de neurología.
- Equipo de Enfermería especializada 24 horas.
- Médico de Guardia de Neurología/24 horas (En fase de negociación con la Dirección del Centro).
- Médicos Residentes.
- Fisioterapeuta.

Equipo médico asociado (Multidisciplinario):

En contacto diario con la Unidad para intervenir sobre las cuestiones específicas relacionadas con su especialidad.

- Cirujano Vascular.
- Neurorradiólogo.
- Neurocirujano.
- Cardiólogo.

Consultores:

- Internista.
- Rehabilitador.
- Geriatra: fundamentalmente para unidad de media estancia para mayores de 65 años y enfermos pluripatológicos.
- Nefrólogo: estudio de algunos casos de hipertensión arterial o vasculitis con afectación renal.
- Sección enfermedades Infecciosas.
- Endocrinólogo: Tratamiento de la diabetes, hiperlipidemia y dietista.
- Hematología: Anticoagulación. Hemostasia. Estudio de hipercoagulabilidad

Criterios de ingreso:

–Ictus de carácter isquémico o hemorrágico.

–Edad: a partir de 15 años sin límite superior.

–Presentación en las últimas 48 horas como máximo.

–Se considera ideal que todas las personas que presentan un episodio reciente puedan beneficiarse de un diagnóstico rápido y de un tratamiento adecuado, tal como se pretende en estas Unidades. No obstante, hemos de establecer apartados preferenciales dependiendo de la disponibilidad.

–Severidad clínica: déficit moderado, progresivo, accidentes transitorios de repetición. En principio, los AIT únicos, los infartos lacunares y los Ictus muy extensos en pacientes ancianos serán menos candidatos al ingreso.

–Exclusión: Cuadros de demencia o déficit severo previo o antecedente de enfermedad grave o mortal en breve plazo o Ictus con gravedad extrema sin perspectiva terapéutica.

Estancia en la Unidad: Debería ser corta (1-3 días) con un promedio de 48 horas.

Número de pacientes previstos: Se calcula para Lugo una ocupación entre el 70 y 100 %.

Circulación de pacientes: entre la unidad y las demás camas e incluso a otros servicios para hacer un uso adecuado de rotaciones.

PROYECTO PARA LAS CONSULTAS DE ACTO UNICO (“ALTA RESOLUCIÓN”) EN NEUROLOGÍA.

(En proceso de negociación con la dirección)

INTRODUCCIÓN:

Como idea, la posibilidad de que el médico que solicita una consulta especializada tenga acceso rápido a otro especialista y que, además, el paciente pueda realizar dicha consulta en un único acto tiene que ser considerada como excelente y deseable.

Para llevar a cabo de forma operativa dichas consultas es necesario partir de ciertas premisas en las cuales deben considerarse fundamentales que el plan sea universal y equitativo tanto para el paciente como para los médicos del sistema sanitario.

Es evidente que sin aumentar los recursos existentes, dicho plan está condenado a no conseguir los objetivos previstos. Por tanto debe tenerse en cuenta que la puesta en marcha de esta nueva consulta retraerá medios humanos y materiales de las existentes en la actualidad y también de los servicios centrales del hospital lo que posiblemente aumentaría listas de espera en las consultas normales y estancias medias en los pacientes ingresados. Habrá de buscarse una solución que minimice estos problemas.

También es probable que se considere un agravio comparativo, por los médicos que soliciten la consulta y por los propios pacientes, que existan dos formas distintas de acceder a las consultas por lo cual debe quedar perfectamente establecido el criterio de selección.

A pesar del objetivo de que el enfermo sea dado de alta para atención del médico de cabecera en la mayoría de los casos, al menos en neurología esto no parece factible en un porcentaje muy elevado de enfermos cuyo seguimiento requiere conocimientos especializados considerando, a mi entender, que la consulta de acto único no se debe limitar a ver solo los enfermos de baja complejidad.

En el caso de neurología el porcentaje de pacientes que se podrían ver en la consulta de acto único posiblemente no excedería del 25 % del total de consultas.

Es posible que tenga que cambiarse el horario de consulta del personal del servicio pero también de los servicios centrales y del personal administrativo y resto del personal sanitario para conseguir jornadas de mañana y tarde.

Inicialmente la consulta de acto único sería para peticiones por parte del médico de cabecera, pero no se descarta hacerla extensiva a otras especialidades.

REQUISITOS PARA ACCEDER A LA CONSULTA:

- Petición por parte de un médico.
- Para las patologías previstas.
- Cumplir los requisitos previstos para este tipo de enfermos:
cumplimiento de hoja de consulta, consulta telefónica, consulta “on line” u otras.
- Aportar los estudios previos que tenga realizados el paciente y sean requeridos por el especialista.

PATOLOGIAS SUSCEPTIBLES DE SER INCLUIDAS:

- CEFALÉAS.
- DEMENCIA.
- EPILEPSIA.
- PATOLOGÍA VASCULAR NEUROLÓGICA FOCAL.
- PATOLOGÍA EXTRAPIRAMIDAL: EN ESPECIAL ENFERMEDAD DE PARKINSON Y TEMBLOR.
- DISTONIAS E HIPERHIDROSIS.

REQUISITOS GENERALES PARA ACEPTACIÓN:

- En todos los casos se requiere una historia clínica completa con los antecedentes del paciente y la historia actual del problema sobre el que se hace la consulta.
- El paciente aportará la información analítica reciente que se haya realizado y, si se considera oportuna, la que se indique por el especialista.
- De existir, serán enviados los estudios radiológicos existentes (Rx de tórax, TAC cerebral y otras si hubiera y son de interés).
- También traerá el EKG si lo tuviese.

REQUISITOS POR PATOLOGÍAS:

1. DEMENCIA: En todos los casos deberá traer, además de lo anterior:
 - Mini mental test o similar.
 - Hemograma, AST,ALT, bilirrubina, Na,K,Ca,P.
 - T4 y TSH
 - Vitamina B12 y fólico (opcional)

No serán aceptados los pacientes con peticiones que solo digan: “demencia” “falta de memoria” “sospecha de Alzheimer” o similar.

2. CEFALEA:
 - Frecuencia de crisis de dolor: una al mes, dos al mes, una a la semana, más de la mitad de los días del mes...
 - Si fuese posible se le indicará al paciente que anote en un calendario los días de dolor y los que precisa analgesia.
 - Medicación analgésica usada en los últimos meses.
 - Si se administró anteriormente tratamiento profiláctico o no. Indicación de comorbilidad psiquiátrica.

3. EPILEPSIA:

- CONFIRMACIÓN O NO DE LOS SIGUIENTES DATOS: Mordedura de lengua, incontinencia, actividad convulsiva.
- EKG sobre todo si hay dudas con SINCOPE.
- EEG si ya estuviese hecho.
- Neuro radiología si estuviese hecha.

4. ENFERMEDADES VASCULARES: Cuadro focal brusco con o sin recuperación:

- En general debe ser considerado como una urgencia vital y ser enviado al servicio de urgencias en el menor tiempo posible: en muchos casos la llegada dentro de las dos primeras horas puede significar la aplicación de fibrinólisis pero aún en los demás casos el inicio de tratamiento disminuirá mortalidad y morbilidad.
- Casos específicos: como enfermos con muy mala calidad de vida previa, muy ancianos, ictus de más de un mes, con enfermedades concomitantes graves, soplos carotídeos asintomáticos... podrían ser subsidiarios de consulta.

5. ENFERMEDAD DE PARKINSON Y TEMBLOR:

- No se requiere nada especial añadido a los requerimientos generales.

6. DISTONÍAS E HIPERHIDROSIS:

- Estos pacientes que generalmente son tratados con TOXINA BOTULÍNICA no requieren de ningún estudio previo específico.

**NECESIDADES DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA PARA PODER LLEVAR
A CABO EL PROYECTO:**

1. GENERALES:

- COMPROMISO POR PARTE DEL SERVICIO DE RAYOS (TAC Y RMN) DE CREAR UNA AGENDA EXCLUSIVA PARA ESTOS ENFERMOS, EN LOS DÍAS DE CONSULTA.
- COMPROMISO POR PARTE DEL SERVICIO DE ELECTROFISIOLOGÍA (EEG Y EMG) PARA CREAR UNA AGENDA EXCLUSIVA PARA LOS ENFERMOS DE LA CONSULTA DE ACTO ÚNICO.
- POSIBILIDAD DE INTERCONSULTA, EN EL MISMO DÍA, CON OTRAS ESPECIALIDADES (EN CASOS MUY ESPECÍFICOS).

2. NECESIDADES DEL PROPIO SERVICIO:

- ENFERMERA DE TARDE.
- AUXILIAR ADMINISTRATIVO DISPONIBLE PARA HACER LOS INFORMES (EN CASO DE QUE SE HAGAN INFORMES COMPLETOS).

- UN E.E.G. DIGITAL INDEPENDIENTE DEL SERVICIO DENEUROFISIOLOGÍA PARA ESTUDIO DE EPILEPSIA Y PÉRDIDAS DE CONCIENCIA EN GENERAL.

El Servicio dispone del material habitual de exploración:

- OFTALMOSCOPIOS WELCH ALLYN PARA CADA MIEMBRO.
- MARTILLOS DE REFLEJOS.
- DIAPASONES.
- ESTETOSCOPIOS.
- OSCILOMETRO Y DOPPLER PARA ESTUDIOS DEL ÍNDICE TOBILLO/BRAZO.

El Servicio también dispone de ordenadores en cada una de las salas de consulta con conexión a Internet e Intranet (ésta permite acceder a toda la base de datos del Sergas y a toda la información –protegida por la ley de confidencialidad- de los pacientes de la comunidad a través del sistema IANUS al que se accede a través de la firma electrónica que cada uno lleva adjunta a su tarjeta sanitaria.). Impresoras en cada consulta. Una fotocopidora. Una biblioteca propia con diversos libros de neurología general y otras patologías específicas. Una nevera/frigorífico para mantenimiento de ciertas medicaciones

ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL

1. UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN:

Está formada por 17 enfermeras, 14 auxiliares de clínica y un celador por turno y está ubicada junto a la de Neurocirugía. Compartimos con Neurocirugía una auxiliar administrativa.

Esta unidad consta de 34 camas aunque en alguna ocasión el número de pacientes ingresados supera ese número con enfermos ubicados en otras plantas del Hospital.

La atención de los enfermos hospitalizados se lleva a cabo por todos los especialistas del Servicio mediante un sistema de rotaciones.

Todos los enfermos ingresados son comentados en un estadillo diario, de asistencia obligatoria, que tiene lugar a primera hora de la mañana y donde se deciden por consenso las pautas de estudio y tratamiento de cada paciente sin perjuicio de que en la propia visita el médico tome las decisiones que considere oportunas.

Se aplican los protocolos en uso para el estudio, diagnóstico y tratamiento de los enfermos recomendados por la SEN o adaptados de los grupos de trabajo a nivel mundial. El protocolo de ictus ha sido redactado por nosotros y adaptado a nuestra área sanitaria.

Los enfermos proceden: directamente del Servicio de Urgencias, traslados desde otros servicios del Hospital, de los hospitales comarcales “Da Costa” (Burela) y “Monforte de Lemos” y enfermos programados desde la consulta, que lo requieran por su complejidad en el diagnóstico o el tratamiento.

En la Unidad de Ictus ingresan los pacientes según los criterios de la misma con un tiempo máximo de estancia de tres días.

Todos los pacientes llevan al alta un informe completo donde se especifica el proceso diagnóstico, las incidencias durante el ingreso y las pautas de tratamiento y revisiones que se aconsejan. También se realizan informes completos de todos los enfermos que fallecen estando a nuestro cargo.

2. UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA:

Dicha unidad consta, de cinco consultas a rendimiento completo y para tratamientos biológicos, pruebas de apomorfina, colocación de bomba de apomorfina y enseñanza de ciertas técnicas (aplicación de interferón, acetato de glatiramero, aplicación subcutánea de bolus de apo go y bomba de apomorfina).

La aplicación de toxina botulínica, infiltraciones (túnel carpiano, occipital mayor y otras) así como pruebas de tensilón , punciones lumbares y control de parámetros de electrodos de estimulación profunda para Enfermedad de Parkinson se realizan en las demás salas de consulta.

3. UNIDAD DE INTERCONSULTAS:

Depende de los mismos médicos que atienden la hospitalización.

Los enfermos son atendidos en un plazo de 24 horas. Y nos hacemos responsables del estudio y tratamiento de los problemas neurológicos de estos pacientes y de su seguimiento en consulta cuando es necesario.

4. UNIDAD DE DOCENCIA:

En la actualidad el Servicio de Neurología imparte docencia a los residentes de las siguientes especialidades:

- **MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (ROTACIÓN DE 2 MESES).**
- **MEDICINA INTERNA (ROTACIÓN DE 3 MESES).**
- **GERIATRÍA (ROTACIÓN DE 3 MESES).**
- **PSIQUIATRÍA (ROTACIÓN DE 2 MESES)**
- **ENDOCRINO (2 MESES)**

SESIONES CLINICAS:

- **ESTADILLO DIARIO DE ENFERMOS INGRESADOS.**
- **SESIÓN CLÍNICA QUINCENAL DEL SERVICIO.**
- **SESIÓN CLÍNICA MENSUAL CON RADIOLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA.**
- **SESIÓN BIBLIOGRÁFICA QUINCENAL.**
- **SESIÓN GENERAL CON MEDICINA INTERNA CADA MES**
- **SESIÓN HOSPITALARIA GENERAL 1 VEZ AL AÑO.**

5. INVESTIGACIÓN:

Nuestro Servicio tiene un aceptable índice de publicaciones en revistas españolas y extranjeras y comunicaciones a Reuniones y Congresos como puede comprobarse por los “currículum” de sus componentes.

Para el capítulo referente a docencia e investigación nuestro Hospital está dotado de una biblioteca con numerosas publicaciones que refiero más adelante, con un salón de actos de gran aforo y medios audiovisuales modernos, de otras aulas de Sesiones que corresponden al área de Docencia del Hospital y también en nuestra área de consulta (una sala) y de hospitalización (una sala).

Existe la posibilidad de llevar a cabo algún tipo de investigación básica en los laboratorios dependientes de la Facultad de Veterinaria Rof Codina.

REVISTAS DISPONIBLES EN LA BIBLIOTECA DEL HOSPITAL

Current Opinion in Neurology
Annals of Neurology
Archives of Neurology
Clinical Neurophysiology
Epilepsia
Muscle & Nerve
Neurology
American Journal of Medicine
Annals of Internal Medicine
Archives of Internal Medicine
Clinical Infectious Disease
Evidence Based Medicine
Infectious Disease Clinics of North America
JAMA Journal of the American Medical Association
Journal of Infectious Diseases
Lancet
Mayo Clinic Proceeding
Medical Clinics of North America, The
Medicine
New England Journal of Medicine
Journal of Pain and Symptom Management
The Journal of Pain
Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology
Pediatric Neurology
Seizure
Stroke
Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry
Practical Neurology
British Medical Journal
Postgraduate Medical Journal

PLAN DE ROTACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES:

Los residentes llevarán a cabo las rotaciones en todas las unidades del Servicio tanto en consulta como en planta y se garantiza el correcto aprendizaje de las técnicas actuales de diagnóstico (Manejo de doppler duplex intracraneal, uso de telemetría para modificación de parámetros en estimulación cerebral con electrodos; aplicación de toxina botulínica en espasticidad, distonías, hiperhidrosis y sialorrea; uso de bombas de apomorfina; estudios electrofisiológicos; fundamentos de electroencefalografía y neuro radiología) así como rotaciones en particular que pudieran interesar específicamente al residente.

Está prevista rotación en alguna unidad de un hospital de alto nivel nacional o del extranjero.

Los residentes serán animados a asistir a reuniones y congresos así como a cursos de formación y se incentivara la participación en los mismos.

Al igual que han hecho otros miembros del Servicio se pondrán los medios para que puedan realizar la tesis doctoral si lo desean.

Se llevarán a cabo los controles del cumplimiento del programa de formación con las evaluaciones de la Comisión de Docencia, certificación anual y libro del residente.

Queda acreditado por el currículo de los actuales componentes del Servicio un apropiado número de comunicaciones y publicaciones así como la participación en estudios clínicos multicéntricos.

En el mes de Mayo: Bienvenida y presentación de los miembros del servicio. La presentación del residente a otros servicios se hará en días sucesivos, si fuese posible visitar las dependencias del nuevo hospital.

Los períodos de rotación se ajustan a lo expuesto en el BOE, con variaciones según las necesidades del residente y del servicio.

PRIMER AÑO:

7 MESES DE MEDICINA INTERNA, DENTRO DE LOS CUALES SE PODRÁN INCLUIR ROTACIÓN EN CARDIOLOGÍA, ENDOCRINO, INFECCIOSAS.

2 MESES DE PSIQUIATRIA

3 MESES EN NEUROLOGÍA

SEGUNDO AÑO:

PLANTA Y CONSULTA E INTERCONSULTAS DE NEUROLOGÍA.

TERCER AÑO:

NEUROIMAGEN : 2 MESES

NEURORADIOLOGÍA: 2 MESES (ROTACIÓN COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA)

NEUROPEDIATRÍA: 2 MESES (COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO)

NEUROFISIOLOGÍA: 2 MESES

NEUROSONOLOGÍA: 2 MESES (ROTACIÓN EXTERNA)

NEUROCIRUGIA: 2 MESES.

CUARTO AÑO:

NEUROLOGÍA. DURANTE ESTE AÑO PODRÁ REALIZAR ROTACIÓN EXTERNA SEGÚN ELECCIÓN DENTRO DE LAS NUEVA SUBESPECIALIZACIONES OPTATIVAS.