2.1 Salas de Hospitalización. La hospitalización debe ser reservada a pacientes cuyo diagnóstico o terapéutica no pueden llevarse a cabo en otras condiciones. Los ingresos por Consulta Externa deberán ser controlados en función de la gravedad de los procesos a tratar, de su tiempo de espera en lista o de la duración prevista de su estancia, estableciendo un sistema de prioridades. Los ingresos por Urgencia son en gran porcentaje traumatizados craneales que requieren observación inmediata, pero que, en general, van a cursar cortas estancias; sus condiciones particulares en el momento del ingreso, agitación, contaminación, etc. exigirían un espacio distinto al del resto de los pacientes neuroquirúrgicos. La salida del Hospital se ve dificultada en muchas ocasiones por razones familiares económico-sociales al faltar centros de enfermos crónicos que continuasen la atención de pacientes discapacitados o con procesos irreversibles. El Alta hospitalaria se retrasa también en pacientes pendientes de consultas a otras Especialidades (traumatismos complicados con fracturas de otros huesos, continuidad de la terapéutica estrictamente neuroquirúrgica con quimioterapia, radioterapia, rehabilitación, etc.)

2.1.1 Visita Médica Para no interceptar otros trabajos hospitalarios, la visita médica habitual deberá ser realizada de nueve a doce de la mañana, coordinando la distribución y horario de las Consultas Externas de tal forma que los neurocirujanos que han de pasar la visita puedan desarrollar ambas actividades lo más habitualmente posible. Deberá quedar previsto que si un neurocirujano no puede, ocasionalmente, pasar su visita (guardia, quirófano, etc…) quién habrá de cumplir tal cometido , procurándose que sean siempre los mismos médicos quienes se sustituyan entre sí recíprocamente y, de esta manera, evitar una mayor multiplicidad de médicos para atender al mismo paciente. Las curas habituales se realizarán, a ser posible, entre las nueve y trece horas, salvo que causas excepcionales justifiquen otro horario, y serán realizadas por el neurocirujano responsable del enfermo o bien por el ATS correspondiente debidamente asesorado por aquél. Cuando se trate de la visita médica de recepción, el neurocirujano responsable del enfermo deberá revisar la historia clínica, comprobando que está completa y actualizada y, en caso de no estarlo, habrá de subsanar las deficiencias que en ella existieran. Cada neurocirujano del Servicio, una vez pasada la visita, dejará reflejado en la historia clínica la evolución del enfermo, el juicio clínico actualizado, así como el tratamiento y la dieta a seguir, atendiéndose a las normas que sobre el particular indique la Dirección Hospitalaria. Al dar de alta a un paciente, deberá hacerse un informe médico donde figure necesariamente un resumen de la historia clínica, exploraciones efectuadas, diagnóstico, tratamiento realizado y la recomendación que ha de seguir en lo sucesivo. En dicho informe tendrá que figurar el nombre del médico responsable, del neurocirujano que operó (si hubo intervención) y el Servicio a que pertenece, y deberán ser cumplimentadas todas las partes de la historia clínica que sean indicadas por la Dirección.

En caso de éxitus, se deberá anotar en la historia una epicrisis, así como si se ha solicitado necropsia, y en caso de no haberlo hecho, exponer las causas que lo justifiquen. Y si el informe clínico o la epicrisis no hubiera sido realizado por un médico en periodo de formación, el neurocirujano responsable de ese enfermo deberá dar su visto bueno, para que así se responsabilice de dicha actuación. Se dispondrá que cada neurocirujano del Servicio informe habitualmente a los familiares de sus enfermos entre las 13 y 15 horas, si es que el plan de trabajo así lo permite. Dentro del Servicio quedará establecido convenientemente el turno de trabajo y de descanso entre los neurocirujanos componentes del mismo.

2.1.2 Visita Clínica extraordinaria Es la que se realiza a un paciente ingresado cuando sufre algún incidente. Cuando la visita médica extraordinaria esté motivada por el empeoramiento de un enfermo en el curso de la jornada laboral habitual, será el neurocirujano responsable de dicho enfermo quien deberá atender dicha visita, y si no fuera posible por estar ocupado en otras actividades que no se lo permitieran, el Jefe de Servicio o de Sección se ocupará de quién lo realice. Si esta visita se refiere a la recepción de enfermos de ingreso programado será el médico responsable del paciente quien lo

haga. Caso de no poder hacerlo deberá ser el neurocirujano de guardia quien se encargue de ello, siempre que en ese momento no se lo impida la función asistencial de la guardia. Se comprobará que todos los datos de la historia clínica están debidamente cumplimentados (analítica, estudio preanestésico, etc.). Caso de precisar que la hoja de preanestesia fuera actualizada, deberá consultar con el anestesista de guardia, quien visitará al paciente y actualizará dicha hoja de preanestesia. El neurocirujano responsable o en su defecto el neurocirujano de guardia, deberá anotar en la historia clínica el “dispuesto para intervención”, prescribiendo la premedicación recomendada por el anestesista y disponiendo en la hoja de tratamientos todas aquellas normas que se precisen para la preparación preoperatoria (enemas de limpieza, preparación del campo operatorio, etc).

2.1.3 Interconsultas Consiste en explorar a enfermos que están siendo vistos por facultativos de otras especialidades y que nos consultan sobre posible patología neuroquirúrgica que puedan padecer. Serán vistas en las primeras 24 horas después de haber recibido la hoja de consulta. Cuando las interconsultas procedan de las consultas externas, será el neurocirujano que en ese momento esté pasando la consulta externa del Servicio quien se encargue de cumplimentarla. Cuando dicha interconsulta sea realizada en el hospital, será atendedia por el neurocirujano que el Jefe de Servicio establezca y, para ello, se tendrá establecido un turno para que todos 62 los miembros del Servicio tengan las mismaa oportunidades de realizar ésta faceta de la asistencia hospitalaria. El neurocirujano encargado de contestar a una interconsulta deberá realizar un estudio completo, solicitar las peticiones de las exploraciones complementarias necesarias para, finalmente, emitir el informe definitivo con el diganóstico y el tratamiento pertinente a realizar. Cuando el tratamiento indicado sea neuroquirúrgico será el neurocirujano que lo prescribió el encargado de realizarlo. Cuando la interconsulta sea solicitada con carácter de urgencia, será el neurocirujano de guardia quien se encargque de su contestación.

2.2 Quirófano La gestión del trabajo en la Sala de Operaciones empieza con una programación lógica para el mejor aprovechamiento de las horas disponibles, basada en el cálculo aproximado de la duración de las intervenciones programadas y programando primero las más importantes. Las intervenciones se realizan, en su mayoría, por dos neurocirujanos; debido a la complejidad y diversidad de aparatos que en estos momentos se requieren en las intervenciones mayores, parece obligado mantener una enfermera constantemente dedicada a facilitar su manejo y accesibilidad, por lo que el número de éstas en quirófano no puede ser inferior a dos y en ocasiones tres. Los quirófanos habrán de estar programados de forma que no coincidan con los días de consultas externas ni guardias de los médicos que hubieran de operar, procurando que en cada sesión, a la hora de programar los enfermos, se tenga en cuenta que éstos sean los que correspondan a sus neurocirujanos responsables, cuidando que media sesión operatoria esté dedicada a cada uno de los dos operadores quienes en una de las partes del quirófano harán de cirujano y de ayudante alternativamente. La programación se hará semanalmente en la Sesión Clínica. Tendrán prioridad los enfermos ya hospitalizados, y después los enfermos de la lista de espera. Finalizada la intervención, el operador deberá informar a los familiares del enfermo sobre el dsarrollo de la misma y de las incidencias que hubiere, indicando el diagnóstico definitivo si fuera posible y su pronóstico a corto y largo plazo.

2.2.1 Las normas de programación y la dinámica del parte □□La tramitación del parte lleva implícito que el paciente ha dado su consentimiento, aceptando la intervención, y que dispone ya de las pruebas analíticas y exploraciones complementarias básicas mínimas imprescindibles para el anestesiólogo, en aquellos casos en que se precise su colaboración. El parte se enviará al Servicio de Anestesiología y Reanimación, quien se encargará de remitirlo a la Secretaría de Quirófano. □□A la recepción del parte, el Servicio de Anestesiología procederá a efectuar el examen preoperatorio del paciente, siguiendo un protocolo preestablecido. Para los pacientes en 63 lista de espera, y al objeto de agilizar los trámites, el examen preoperatorio puede haber sido realizado ya en Consultas Externas

del Servicio de Anestesiología. □□El resultado del examen preoperatorio establecerá el riesgo anestésico-quirúrgico y según eso la intervención podría ser: □□Aceptada, en cuyo caso el anestesiólogo rellenará el apartado que le corresponde del parte y lo remitirá él mismo a la Secretaría de Quirófanos. □□Diferida o rechazada, que indicaría la necesidad de contactar con el Servicio de Neuroirugía correspondiente para exponer los criterios médicos que apoyan dichas decisiones. Se debería fomentar, no obstante, tanto la cirugía con anestesia local como la ambulatoria, ya que tienen las siguientes ventajas: a. Disminución de costes asistenciales b. Mayor disponibilidad de camas hospitalarias c. Acortamiento de la lista de espera La orientación que yo daría a la actividad quirúrgica, sería que, aunque todos los facultativos del servicio desarrollasen toda la cirugía, llamémosle básica, y cada Sección debería dedicarse a una cirugía específica, de tal modo que la labor que se desarrollase en cada Sección, además de la vertiente asistencial, tuviese la vertiente docente e investigadora, al poder trabajar sobre una misma línea de trabajo.

2.2.2 Las líneas de trabajo que a realizar en el Servicio son: □□Abordajes transesfenoidales abiertos y por cirugía endoscópica □□Cirugía de la Base del Cráneo □□Cirugía Cerebrovascular □□Neurocirugía Infantil □□Neurocirugía Funcional y Epilepsia

2.3 Urgencias. La urgencia es utilizada como vía prioritaria por medicos, consultores y usuarios, debido a su mas cómoda tramitación administrativa, carecer de demora en la asistencia y ser imperativa para el medico de guardia. Es frecuente observar que la mayoría de pacientes atendidos por Urgencia no requieren hospitalización y, en muchos casos, no presentan siquiera patología de urgente resolución. En muchos casos, estos pacientes han recibido ya asistencia facultativa personal o institucional incluso sucesivas veces, y son remitidos al centro “para mayor seguridad”. Un hospital gravado por la Urgencia, sobre todo si pretende desarrollar un alto standing de calidad, encuentra dificultad de organización de las restantes areas de funcionamiento por lo imprevisto de las consultas, generando una peor asistencia. El Servicio de Neurocirugía deberá estar representado en la Comisión de Urgencias del Hospital y así poder colaborar en la organización de las urgencias del mismo. Se procurará que los neurocirujanos del servicio tengan un turno rotatorio de guardias con una distribución equitativa de las mismas, tanto para los días laborables como festivos, haciendo lo posible para que las jornadas de guardia, incluídas las de vacaciones, estén programadas al mes, y así poder acoplar el resto de las actividades hospitalarias. El neurocirujano de guardia será el encargado de cumplimentar las interconsultas que con carácter de urgencia se soliciten al Servicio de Neurocirugía. Será él quien informará al neurocirujano entrante de los enfermos que queden en observación, bien por estar pendientes de que se completen los estudios para llegar a un diagnóstico y pronóstico inmediatos, o porque no hayan terminado de aplicársele el tratamiento prescristo porque estén pendientes de intervención o que esperen ser hospitalizados. Así mismo, informará de las interconsultas que por precisar algún estudio complementario no hayan sido definitivamente cumplimentadas.

```
      Los enfermos ingresados en el curso de una guardia tendrán como
neurocirujano
```

responsable encargado de su asistencia a aquél que la iniciara en el área de urgencias. El Jefe de Servicio o de Sección se ocupará de conocer por las mañanas las incidencias habidas durante la guardia, de informarse de los enfermos ingresados y de asignar al médico que deba ocuparse de la labor asistencial del neurcirujano saliente de guardia.

2.4 Consulta Externa. Las misiones son: 1. evitar ingresos innecesarios 2. facilitar altas hospitalarias 3. debe ser el nexo de unión de la medicina hospitalaria y la asistencia primaria. Se procurará que cada día de consultas externas esté encomendada a un neurocirujano el cual sera siempre el mismo para dicho día, teniendo cada cual su propio horario de consulta. Los días no destinados a consulta

serían los dedicados a quirófano. En cada consulta se cuidará que los pacientes sean visitados siempre por el mismo neurocirujano. Los enfermos serán citados horariamente, pero deberá tenerse en cuenta la posibilidad de que un enfermo falte o se retrase lo que nos hará perder un tiempo del que en un hospital organizado y con un volumen de trabajo adecuado no debe sobrar. Por lo tanto, sería recomendable citar a los enfermos de dos en dos a la misma hora. No deberán verse enfermos que no hayan sido citados previamente, pero si ello fuera imprescindible, se anotarán en el libro de registro, al igual que los citados y no vistos, aduciendo las razones habidas para ello. Una vez concluido el estudio o tratamiento de un enfermo, éste recibirá un informe con el resultado de dicho estudio o tratamiento, indicándose el diagnóstico y pauta terapeútica a seguir. Los pacientes que acuden a consultas externas proceden en su mayoría de las propuestas de los especialistas del Centro de Especialidades. Sera el Jefe de Servicio el que los distribuya de un modo equitativo a las diferentes Secciones, ademas de respetar la adscripción de cada Sección a una patología específica.

```
      La Consulta Externa se ha convertido en la pieza base del
funcionamiento del
```

Servicio. Ha de ser el primer paso en el proceso de atención (salvo urgencias), ha de agotar las posibilidades diagnósticas ambulatorias, seleccionar los pacientes que requieren hospitalización para diagnóstico complementario o tratamiento, y continuar el control una vez producida el alta de hospitalización.

2.5 Programas especiales Con la finalidad de comparar diferentes tecnicas de tratamiento, poner a punto una diferenciada, realizar un tratamiento específico para una determinada patología, resolver de forma eficaz un problema de lista de espera, etc. deber estimularse la creación de programas especiales realizados por un mismo grupo de cirujanos, previa selección de los pacientes mediante un protocolo de actuación conocido y consensuado por el servicio.

From:
http://neurocirugiacontemporanea.com/ - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:
http://neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=areas_de_trabajo

Last update: **2019/09/26 22:19**