

Antes de empezar la descripción técnica del modelo de organización, me gustaría dejar constancia primero, de cual es mi concepción ideal para el Servicio de Neurocirugía del Hospital General de Alicante. Actualmente, el servicio esta formado por un Jefe de Servicio, un Jefe de Sección (vacante) y nueve Médicos Adjuntos. Existe una especial dedicación en grupos de los FEA que se ocupan, además de la neurocirugía general (hernias de disco, gliomas, hidrocefalias, etc.), de patologías especiales que, por su escasez, laboriosidad o complejidad, lo conviertan en el grupo mejor preparado para su manejo y con personalidad propia, que la motive y la haga crecer y superarse a sí misma. La tendencia actual es formar los grupos de Cirugía Cerebrovascular, Tumores cerebrales (hipófisis por vía transesfenoidal, ángulo pontocerebeloso, base de cráneo, etc.), Neurotraumatología, Neurocirugía Infantil y Cirugía de la Columna Vertebral y Neurocirugía Funcional y Epilepsia, que son las de mayor demanda en nuestro Hospital.

1.1 APLICACIÓN HOSPITALARIA DE LA FUNCIÓN ASISTENCIAL La función asistencial se va a desarrollar fundamentalmente en las siguientes áreas: área de consultas externas, unidad de hospitalización, área de quirófano y área de urgencias.

1.1.1 Area de Hospitalización. El hospital debe garantizar a los pacientes ingresados las condiciones de hospitalización que aseguren el correcto cuidado de sus necesidades sanitarias, así como de las medidas elementales de confort, seguridad, salubridad y respeto a la intimidad. Los pacientes de neurocirugía suelen estar distribuidos en el hospital en diferentes lugares a saber sala de hospitalización de neurocirugía, unidad de cuidados intensivos, reanimación y pediatría. Sin embargo solo vamos a abordar los aspectos organizativos de la sala de neurocirugía.

1.1.1.1 Dirección y personal La dirección de la unidad de hospitalización corresponde a la Dirección Médica a través del jefe de la unidad asistencial, mientras que las actividades del personal de enfermería quedan dirigidas por la Dirección de Enfermería a través de los supervisores de la unidad. La dotación de personal sanitario no médico depende el número de pacientes de la unidad, estableciéndose en los hospitales de más de 500 camas un índice de 0.5 ATS por cama y 0.5 Auxiliares de clínica por cama. Se calcula que el tiempo medio de atención por paciente y día en una sala quirúrgica es de 150 minutos, repartidos aproximadamente al 50% entre ATS y auxiliares. Sería recomendable un celador adscrito permanentemente a la sala. En el momento actual el servicio de neurocirugía dispone de 30 camas, ubicadas en la 6ª planta del hospital.

1.1.1.2 Objetivos de la actividad asistencial en el área de hospitalización. La finalidad de la atención en régimen de ingreso, es atender las técnicas o tratamientos que lo precisen. Debe ser un objetivo prioritario que la estancia hospitalaria sea lo más corta posible, ya que supone un mejor aprovechamiento de los recursos y un menor desarraigo del paciente de su entorno habitual. Sin embargo, la reducción de la estancia no debe hacerse a costa de una reducción de la calidad asistencial. Es un objetivo importante el conseguir que el servicio no reciba ninguna queja ante el servicio de atención al paciente. Consideramos una serie de maniobras que permiten llegar a estos objetivos: - Reducir la estancia preoperatoria, lo que se logra realizando los estudios preoperatorios y anestésicos de forma ambulatoria, e ingresando al paciente la víspera de la cirugía. - Para ello se considera importante realizar una programación semanal fraccionada que permita gestionar el quirófano de forma sensible con posibilidad de resolución de imprevistos, frecuentes en nuestra especialidad y finalmente adecuando la lista de espera a la programación quirúrgica. - Conseguir un buen rendimiento quirúrgico de forma tal que desaparezca la suspensión de cirugía programada. - Disponer de fácil acceso a unidades de pacientes crónicos y de larga estancia, con el fin de evaluar, precozmente los pacientes candidatos a ser trasladados a estas unidades, por no precisar asistencia neuroquirúrgica específica y presentar secuelas neurológicas que solo precisan cuidados mínimos. - Protocolizar la asistencia a la patología y complicaciones más frecuentes. Los indicadores fundamentales del área de hospitalización son: - Número de camas, número de ingresos, número de estancias, índice de ocupación, estancia media y rotación enfermo/cama. Como objetivos generales la

ocupación deber ser 80/85%, la estancia media inferior a 10 días, estancia preoperatoria inferior a 2 día y un índice de rotación de 2-3. En el año 2012, éstos indicadores fueron: 30 camas, que totalizaron 1051 ingresos, con una estancia media de 8.36 y un índice de ocupación del 82.03 %

1.1.2 Area de consultas externas. El mandato legal de la Comunidad Valenciana regula que “las consultas externas comprenderán la policlínica o consulta externa del hospital, en la que recibirán atención los pacientes que precisan métodos especiales diagnósticos o terapéuticos así como las consultas en los centros de especialidades u otras consultas del área sanitaria. Un buen funcionamiento de la consulta externa permite mejorar los índices asistenciales, reducir el tiempo de hospitalización, evitar ingresos innecesarios, reducir el tiempo preoperatorio y facilitar el alta hospitalaria, ya que algunos pacientes pueden continuar su fase de diagnóstico o tratamiento fuera del hospital. Por lo demás, la consulta externa favorece la intercomunicación entre el ámbito hospitalario y la asistencia primaria y la especializada del centro de especialidades, potenciando el desarrollo de la educación sanitaria y de los cuidados de la salud, en el área de influencia del hospital. En consecuencia la consulta externa para neurocirugía sólo se debe considerar integrada en el recinto hospitalario.

1.1.2.1 Dirección y personal. La dirección del área de consultas externas corresponde a la dirección médica, siendo controladas por la dirección de enfermería, las actividades del personal correspondiente. El personal médico pertenece a la plantilla de neurocirugía. La distribución ideal es que cada facultativo de la unidad, dedique un día de la semana a la consulta externa. Esta precisará de la colaboración continua de un/a ATS/Auxiliar de clínica. En el momento actual el Servicio de Neurocirugía del Hospital General Universitario de Alicante dispone de una consulta diaria que se desarrollan en jornada matutina el lunes a viernes y a cargo de los componentes facultativos que dispone el servicio. Nos ayuda una auxiliar de clínica, dedicada exclusivamente a ésta especialidad.

1.1.2.2 Objetivos de la actividad en consultas externas. El objetivo esencial es conseguir que los pacientes puedan ser estudiados en todos los aspectos necesarios para hacer una indicación quirúrgica sin necesidad de ingreso. En segundo lugar se procurará que no exista lista de espera para consulta externa. Las pautas más resolutivas son las siguientes: - Realizar un catálogo de patologías que requieren atención neuroquirúrgica para que sea consultado por los médicos de atención primaria y del centro de especialidades a la hora de enviar a los pacientes. - Establecer unos requisitos mínimos en cuanto a historia clínica y exploraciones complementarias para atender a un paciente en consultas externas. - Agilizar los mecanismos de admisión y de realización de exploraciones complementarias. - Remitir a la atención primaria y al centro de especialidades los pacientes que no requieren atención neuroquirúrgica específica, con el fin de descongestionar las segundas visitas y acortar la espera para revisiones.

1.1.2.2 Objetivos de la actividad en consultas externas. La actividad quirúrgica constituye el núcleo fundamental de la actividad asistencial de la unidad de neurocirugía, por lo que se debe ser especialmente cuidadoso a la hora de su planificación y organización.

1.1.3.1 Dirección y personal. El órgano responsable de la organización y funcionamiento del área quirúrgica es la comisión de quirófanos, que debe elaborar un plan de organización que delimite las responsabilidades y obligaciones de todos los estamentos y servicios involucrados en la actividad quirúrgica. Esta organización viene encauzada a través del Supervisor de Quirófano. Toda intervención neuroquirúrgica mayor debe estar realizada por un cirujano responsable y otro ayudante y anestesiólogo. El primero es el responsable del desarrollo de la intervención en todos sus aspectos y debe quedar claramente identificado en el parte de intervención.

1.1.3.2 Objetivos de la actividad quirúrgica. La programación de la actividad quirúrgica por parte del jefe de la unidad debe orientarse a conseguir la máxima rentabilidad de las instalaciones y del

personal, asegurando en primer lugar el buen resultado funcional del paciente, y en segundo lugar la satisfacción científica y laboral de los facultativos de la unidad. El cirujano, preferentemente, será el médico responsable del paciente, para evitar cortar la natural relación médico/enfermo. Para todo ello existen varias estrategias que nos llevarán a conseguir estos objetivos: - Programación para conseguir una ocupación de quirófano mayor del 75%, lo que se consigue calculando los tiempos quirúrgicos según patología y cirujano, comenzando la sesión quirúrgica antes de las 08:30 h., reduciendo el tiempo entre intervenciones y, finalmente, contando con la posibilidad de que muchas sesiones de nuestra especialidad se prolongan más allá de las 15:00 h.

- Utilización rutinaria de los medios técnicos más económicos dentro de los que tienen una calidad y seguridad probada. Utilizar cuando sea factible técnicas de anestesia local o locorregional, de menor riesgo y más económicas. - Conseguir un entrenamiento progresivo del personal facultativo y de enfermería para aumentar la seguridad de las intervenciones y reducir el consumo de tiempo y material. - Control de los resultados de la cirugía, sobre todo de las complicaciones per y postoperatorias, así como del resultado final.

El Servicio debe contar con dos ATS/DUE instrumentistas y una volante, interesadas en el campo de la Neurocirugía, que deben depender del Jefe del Servicio de Neurocirugía en lo referente a la organización y funcionamiento global del Servicio. También debemos contar con dos anestesiólogos, igualmente interesados y conocedores de la neuroanestesia y sus avances y actualizaciones. Por supuesto el Quirófano de Neurocirugía debe ser amplio y completamente dotado de todos los instrumentos y aparatos que hoy día resultan imprescindibles para conseguir la mejor calidad en nuestro trabajo (Aspirador Ultrasónico, Ultrasonidos, Monitorización Intraoperatoria, Microscopio quirúrgico con módulos para fluorescencia tumoral y vascular, Microinstrumentos, Neuronavegador, etc).

Por ser imprescindible que todas las personas afectadas por la organización del

Servicio de Neurocirugía cumplan sus funciones y obligaciones, creo necesario que el Jefe del Servicio debe colaborar en la elección de todo el personal que vaya a estar a su cargo.

1.1.4 Área de urgencias. El hospital debe garantizar la asistencia en todo momento a cualquier tipo de urgencia, tanto interna como externa, bien de forma completa o bien de forma parcial para, una vez asistida, poder remitirla a otro centro que disponga de los recursos necesarios. La atención a las situaciones de urgencia neuroquirúrgica se asegura integrando parte de la plantilla de la unidad asistencial dentro de los equipos de atención continuada.

1.1.4.1 Dirección y personal. La normativa de la Atención Especializada regula que durante el periodo de tiempo no cubierto por la jornada laboral de pleno funcionamiento, el Director del Hospital a propuesta de la Dirección Médica establecerá los equipos de Atención Continuada necesarios para mantener la atención de los pacientes ingresados y las urgencias internas y externas, teniendo en cuenta los recursos y necesidades del área sanitaria y mediante las modalidades que fueran necesarias.

Las características de la urgencia neuroquirúrgica hacen necesaria la presencia de un

neurocirujano dentro del equipo de atención continuada. La modalidad de presencia está determinada por la amplitud del equipo de facultativos y de las actuaciones quirúrgicas generadas. Actualmente la modalidad en el servicio es de guardias localizadas, lo que implica una protocolización

de los aspectos más frecuentes de la urgencia neuroquirúrgica, como son los T.C.E. También se tendrá en cuenta que, siempre que las necesidades asistenciales lo permitan puedan ser excluidos del equipo de guardia los facultativos de más de 45 años y los responsables de la unidad que así lo soliciten. La coordinación de todos estos facultativos de guardia se hace por medio del jefe de la guardia, designado por la dirección, y que generalmente corresponde al facultativo más antiguo de los que forman dicho equipo, aunque el último responsable es el Director Médico.

1.1.4.2 Objetivos de la asistencia en el área de urgencias. El objetivo fundamental de la atención a los pacientes urgentes, es que sea inmediata y eficaz, para lograr disminuir el tiempo de espera en tanto se decide el destino final del paciente. Dada la carga emocional que supone la urgencia, tanto para el paciente como para los familiares, la información será rápida y puntual. La mejor estrategia pasa por protocolizar las actuaciones más frecuentes, como ya se ha hecho en éste hospital con lo cual el médico de urgencia solo requiere la asistencia del especialista en los casos estrictamente necesarios.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=funcion_asistencial

Last update: **2025/05/03 23:59**

