2.4.1 Recursos

2.4.1.1 Recursos físicos: Materiales y estructurales

Se establecerá a continuación una estimación de los recursos materiales necesarios para dar una respuesta correcta a la demanda asistencial existente en la actualidad, tanto de Neurocirugía general como de hidrocefalias en particular y suponiendo que ésta no pudiera modificarse significativamente a corto plazo.

En otro escenario supondremos que la demanda de actividad del tratamiento de la hidrocefalia se verá incrementada con la creación de la sección.

Hospitalización En el momento actual el servicio de neurocirugía dispone de 30 camas, ubicadas en la 6ª planta del hospital

El número de camas asignadas al servicio es de 30, ubicadas en la 6ª planta del hospital.

Cuatro de ellas están destinadas y reservadas para pacientes con mayores necesidades de control clínico neurológico por la gravedad de su patología.

La EM en 2015 fue de 5,04 días. El número de ingresos en 2015 fue de 1505, con un índice de ocupación del 69,89. Aceptando como más adecuado un porcentaje de ocupación del 85%.

Aplicamos la fórmula ya conocida:

1505 x 5,04 / 365 x 0,86 = 24,45 camas

El número de pacientes que precisan tratamiento de trastornos de circulación de LCR e ingreso hospitalario oscila anualmente entre 60-80 pacientes. Por tanto pensamos que las necesidades de camas de la unidad dentro del servicio oscilaría de 1,5-2 camas.

Estos pacientes no son subsidiarios de sustitución por técnicas ambulatorias, hoy en día. Pero si, en muchos casos, de disminución de la estancia media hospitalaria con adecuados protocolos de atención domiciliaria y en consultorio por parte de AP y Hospital de día.

Quirófanos. Jornadas quirúrgicas En nuestro servicio se realizaron en el año 2015 908 intervenciones con un porcentaje de intervenciones urgentes del 25% aproximadamente

La tasa de intervenciones ambulatorias oscila del 10 al 15 % según años.

El Servicio de Neurocirugía tiene asignados los quirófanos 17 y 18 (compartido), una media de 8 sesiones a la semana en 5 días / semana, exceptuando los periodos reglamentarios de vacaciones, y es donde se realizan todas las intervenciones del Servicio exceptuadas las urgencias.

Los indicadores más importantes de la actividad quirúrgica son: número de sesiones quirúrgicas disponibles, número de intervenciones desglosadas por tipo de anestesia, duración y cirujano, tiempo de utilización del quirófano, porcentaje de utilización del quirófano y mortalidad operatoria y perioperatoria. En nuestro país rendimientos quirúrgicos superiores al 75% son considerados como correctos.

Para el año 2015 fueron los siguientes: Total de intervenciones 908, de las que 245 fueron de carácter urgente, 544 se realizaron con anestesia general, el número de sesiones por semana fue de 8, con un

IPAG/Día de quirófano de 1’28 y una estancia media prequirúrgica de 1’91 días.

El registro oficial señalaba en 2015 un total de 281 ingresos desde urgencias.

El número de jornadas quirúrgicas programadas necesarias por la Sección de Hidrocefalias y trastornos del LCR es de 56 anuales. Con ello cumpliríamos los objetivos de intervenir: la cirugía de la hidrocefalia, y la monitorización libres de lista de espera o de traslados por interconsultas en tiempo razonable, menos de 90 días en pacientes programados desde consultas.

En nuestra colaboración interdisciplinar no usamos los recursos físicos de otros servicios.

En el bloque quirúrgico del Centro general disponemos de 2 quirófanos, 2 cajas de material microquirúrgico y los elementos necesarios para la monitorización de los trastornos de circulación del LCR.

Consultorios En número de dos y situados en la sexta planta del edificio de Consultas del Centro General.

Las dos consultas estan destinadas a la realización de primeras visitas y sucesivas las cuales de forma ocasional precisan curas.

Las dos consultas pueden ser utilizadas para curas tópicas de pacientes atendidos y dados de alta hospitalaria recientemente.

La unidad administrativa cuenta con una sala para la secretaria, despacho del Jefe de Servicio y dos salas de reuniones para FEAs y MIR.

2.4.1.2 Recursos humanos

Un hospital actual precisa ser una moderna y compleja empresa de servicios. Como en toda empresa, las personas son el recurso más preciado y se necesita:1. Profesionales y equipos que se integren en sistemas de redes de trabajo productivas y de calidad. 2. Líderes y directivos capaces de catalizar estos procesos y hacerlos realidad.

Plantilla

La plantilla del servicio se compone de un jefe de Servicio, un Jefe de Sección y 9 médicos de “staff”. Esto se ve complementado con los médicos residentes, en número de 5 (uno por año).

Existen muchas y complejas fórmulas para calcular la plantilla de los servicios médicos.

En un hospital como el HGUA, se admite la fórmula (14): Número de camas x 0,37 = NM = 9,25

Tenemos por tanto una plantilla bien ajustada

Con respecto a la plantilla de personal sanitario no facultativo. Para un área de hospitalización de en torno a las 30 camas sería necesario un único control de enfermería, con la dotación existente.

Guardias del servicio

La atención continuada del servicio se realiza de la siguiente manera:

Dos médicos de plantilla realizan guardias localizadas hasta las 08.00 horas del día siguiente.

Un MIR de presencia física.

Tiempo médico contratado

El horario laboral de la Institución para el personal facultativo es de 8-15 horas. Es una jornada de 7 horas para realizar la actividad programada.

Descontando festivos y vacaciones… El número de jornadas laborales es de 219/ año.

El número de horas que trabaja un facultativo es: 7 x 219 = 1.533 h por año. Esto es variable según pactos con sindicatos y disposiciones.

No todas las horas son asistenciales, ya que en el hospital se lleva a cabo docencia en investigación. La actividad asistencial directa disminuye a medida que se asciende en la escala jerárquica de cada unidad asistencial.

En general, cada servicio debe dedicar alrededor del 68% del tiempo total a la función asistencial. Por lo tanto el tiempo de atención real es de 1.042 horas por facultativo y año.

Manual de organización

El Servicio queda organizado en dos Secciones con el fin de optimizar la asistencia a los pacientes.

Cada Sección dispone de un responsable de la misma que hará las veces de coordinador y será quien comunique diariamente las incidencias que puedan producirse al Jefe de Servicio.

Cada Sección se hace responsable de los pacientes a su cargo, de principio a fin, (ingreso. estancia hospitalaria y seguimiento en consultas). Se considerará el cambio de Sección de un paciente determinado, previo conocimiento del Jefe de Servicio, si se cree conveniente por la patología que presenta o por otras razones justificadas (allegado, recomendado, etc.). Cada Sección debe responsabilizarse, asimismo, de mantener al día en la base de datos del Servicio los comentarios evolutivos para que en todo momento puedan ser conocidos por el resto de miembros del Servicio.

Visita a pacientes hospitalizados

Sesión matinal

El dia comienza con la reunión a primera hora (8:00h-8:15h) en la sala de reuniones del servicio, donde el neurocirujano saliente de guardia describe al resto del servicio las incidencias ocurridas durante la guardia del día anterior y los ingresos realizados.

Pacientes hospitalizados en planta de Neurocirugía

Cada Sección pasa visita diariamente a los pacientes hospitalizados y realiza las modificaciones correspondientes en las historias clínicas. Además debe mantener al dia y actualizado el fichero de pacientes en la base de datos del Servicio.

A este respecto, se recomienda además el uso de la herramienta adeQhos: herramienta para la autoevaluación de estancias hospitalarias.

Pacientes hospitalizados en plantas distintas a la de Neurocirugía

Un miembro de cada Sección pasa visita a los pacientes desplazados a otras plantas de hospitalización.

Pacientes ingresados en UCI/Reanimación

Un miembro de cada Sección pasa visita a los pacientes desplazados a otras plantas de hospitalización.

Pase de Visita en Sábado

Para liberar al neurocirujano de guardia de esta tarea, para la que no siempre estará disponible. se establecerá un turno de neurocirujanos formado por el segundo localizado de guardia y los miembros del servicio que no realizan guardias, de forma que siempre está cubierto el servicio en la mañana del sábado.

Informe de Alta Hospitalaria (IAH)

El IAH es responsabilidad del neurocirujano responsable del paciente y debe ser efectuado de acuerdo a las normas existentes al efecto, en la base de datos, antes de las 11h, comunicándolo lo antes posible a la enfermera de planta y a la enfermera supervisora.

Consentimiento Informado (CI)

La obtención del CI por parte del paciente es responsabilidad del facultativo responsable del paciente, que no se limitará a la entrega del documento existente a tal efecto, sino que expondrá verbalmente al paciente los pros y contras del procedimiento diagnóstico o terapéutico, aclarándole cuantas dudas al respecto pueda tener.

CONSULTAS EXTERNAS

La consulta es la cara externa del servicio. Siendo la principal vía de entrada de pacientes no urgentes al servicio, debe tratar de cuidarse su aspecto externo y su funcionamiento. Cada Sección dispone de un despacho y una enfermera o auxiliar clinica. Hay además una sala de curas compartida por las dos Secciones.

Horario

La consulta debe comenzar no más tarde de las 9:30h. Hay un descanso de 30 min. (11:30h-12h), y finaliza a las 13:30h. Se dispone, por tanto, de 210 min. de tiempo hábil que se distribuyen de la siguiente forma:

- 4 primeras visitas (20 min/paciente)

10 sucesivas (13 min./paciente)

Esto hace una relación sucesivas/primeras = 2.5:1

Criterios de indicación quirúrgica

1. indicación quirúrgica clara

• indicación urgente: ingresa desde consultas

• indicación preferente: citar para ingreso e intervención

• indicación ordinaria: incluir en I.EQ

2. indicación quirúrgica confusa: reservar para discusión en sesión clínica

Consentimientos Informados. Trípticos informativos - se entregan al paciente en el momento de ser incluido en LEQ

Estudio preoperatorio

- Se solicita en el momento de incluir en LEQ y se le entrega al paciente en mano.

- Siempre que sea posible derivar al Centro de Salud para la realización de analíticas, radiografías y ECG.

Solicitud de valoración preanestésica

Cursar en el momento de inclusión en LEQ.

PROGRAMACION QUIRURGICA

La programación quirúrgica de la semana es realizada por el Jefe del Servicio los viernes, tras la Sesión Clínica conjunta con todo el Servicio.

Criterios de programación

Los criterios de programación son los siguientes:

gravedad de la patología complejidad de la patología necesidad de Reanimación o UCI postoperatoria. tipo de anestesia: general. local más sedación, local UCSI

Disponibilidad de cirujanos: guardia. consultas externas, asistencia a congresos etc…

Sesiones quirúrgicas El Servicio dispone de dos quirófanos diarios (10/semana).

Ambos quirófanos se sitúan en el bloque quirúrgico general.

Además existen dos quirófanos de urgencias y otros dos de pediatría, a demanda.

GUARDIAS

Horario

La guardia de Neurocirugía comienza a las 8h y acaba a las 8h del día siguiente. Todas las urgencias e incidencias que ocurran en ése periodo de tiempo son responsabilidad del neurocirujano de guardia.

Modelo de guardia y organización del servicio

Las guardias de Neurocirugía son localizadas. Esto es, durante el horario laboral normal (8h-1511) el neurocirujano de guardia se encuentra físicamente en el Hospital y a partir de las 15h atiende las llamadas telefónicamente, acudiendo al hospital cuando sea necesario.

Durante la mañana atenderá, asimismo, las interconsultas que se produzcan, consultando al Jefe de Servicio aquellas que requieran de su colaboración.

La guardia localizada no da derecho a libranza al día siguiente, excepto en los casos que se

contemplan en la legislación vigente. No obstante, siempre que sea posible, el neurocirujano saliente quedará relegado a tareas administrativas o de consulta, y se evitará cirugia programada al día siguiente de la guardia.

SESIONES, SEMINARIOS Y CONFERENCIAS

Sesiones del Servicio

Sesión matinal Frecuencia: diaria

Hora: 8:00-8:15h

Lugar: Sala de reuniones del servicio, excepto los lunes que tiene lugar en el aula de docencia

Misión: El neurocirujano saliente de guardia describe al resto del servicio las incidencias ocurridas durante la guardia del dia anterior y los ingresos realizados. Asistentes: todo el Servicio. incluyendo la enfermera supervisora y/o enfermera de planta y los residentes.

Sesión bibliográfica

- Frecuencia: mensual.

- Dia: primer lunes de mes

- Hora: 8:30-9:00h

Lugar: Aula de docencia

• Misión: revisión critica de las revistas científicas internacionales más importantes

- Asistentes: todo el Servicio, incluyendo los residentes.

Sesión de morbi-mortalidad

- Frecuencia: mensual.

• Dia: último lunes de mes - 8:30-9:00h

- Lugar: Aula de docencia

Misión: revisión de complicaciones. quirúrgicas o no, de los pacientes hospitalizados durante el mes anterior. Análisis critico de la morbi-mortalidad existente en ése periodo.

Asistentes: todo el Servicio, incluyendo los residentes.

Sesión clínica semanal

Frecuencia: semanal.

Dia: viernes Hora: 8:30-9:30h

Lugar: Sala de reuniones del servicio

Misión: revisión de pacientes hospitalizados. Indicación terapéutica consensuada por el Servicio. Elaboración del parte quirúrgico semanal. Presentación de casos problema de consultas externas u

hospitalizados en otros servicios.

Asistentes: todo el Servicio, incluyendo la enfermera supervisora y/o enfermera de planta y los residentes.

Sesión monográfica

Frecuencia: semanal, excepto el primer y último lunes de mes.

- Dia: lunes

- Hora: 8:30-9:00h

Lugar: Aula de docencia

Misión: Educación médica continuada.

Asistentes: todo el Servicio, incluyendo los residentes.

Sesiones con otros Servicios

Neuroradiología Frecuencia: mensual.

Lugar: Sala de reuniones del servicio de Ncuroradiología.

- Asistentes: todo el servicio, incluyendo los residentes.

Comité de neurooncología

Frecuencia: semanal.

Dia: Jueves de cada Mes

Hora: 09:00-10:00

Lugar: Sala de reuniones del servicio

Asistentes: todo el servicio, incluyendo los residentes.

Cada Sección recoge los datos que a fin de mes el responsable de cada Sección le hace entrega al Jefe de Servicio.

Área de hospitalización

I. Total de ingresos:

• Urgentes.

• Programados.

• Procedentes de otros Servicios.

2. Total de altas.

3. Total de exitus:

• Exitus en las primeras 48 horas.

4. Tasa de mortalidad: (Global, Neonatal, Obstétrica. etc.).

5. Porcentaje de necropsias: Total de necropsias x 100 / Total de exitus del periodo.

6. Total de estancias.

7. Estancia media:

Total de estancias causadas en el servicio en el periodo de estudio / Total de ingresos.

8. Índice de ocupación. Trata de establecer la relación entre el uso real de la cama y el máximo teórico. Se calcula aplicando la siguiente fórmula:

Número de estancias en el periodo x 100 / Núm. de camas del Servicio x núm. de días del periodo.

9. Índice de rotación. Da idea del número de enfermos que ocupan una cama en un periodo determinado:

Número de ingresos / Núm. de Camas.

10. Estancia media preoperatoria.

Total de estancias causadas antes de la intervención / Total de pacientes intervenidos

11. Infecciones hospitalarias: total, prevalencia. incidencia. 1

2. Reingresos hospitalarios: En las primeras 48 horas, en el primer mes.

Áreas de consultas externas

13. Total de consultas:

• Primeras.

• Sucesivas.

14. Media diaria de consultas:

• Primeras.

• Sucesivas.

15. Relación sucesivas/primeras.

16. Interconsultas realizadas en Consulta externa.

17. Total de horas disponibles de consultorio.

18. Total de horas utilizadas de consultorio.

19. Rendimiento de consultorios: Tiempo dedicado a consultas x 100 / Tiempo disponible del local

20. Demoras en consulta (demora máxima, demora media):

• Preferentes.

• Primeras.

• Sucesivas.

Área quirúrgica

21. Total de intervenciones quirúrgicas:

• Urgentes.

• Programadas.

• Según el tipo de anestesia.

• Ambulatorias.

22. Media diaria de intervenciones:

• Urgentes (mañana, tarde, noche).

• Programadas (mañana, tarde).

• De urgentes + programadas.

• Ambulatorias.

23. Porcentaje de intervenciones suspendidas:

Número toral de intervenciones suspendidas x 100 / Núm. total de intervenciones programadas.

24. Rendimiento de quirófanos.

Tiempo de quirófanos utilizado en intervenciones programadas x 100 / Horas de quirófano programado disponible.

Deberán considerarse como programadas todas aquellas intervenciones que se realizan en un quirófano programado. con independencia de que el ingreso se produjera por urgencias.

La mejor información se obtiene cuando se registra lo siguiente:

Hora de entrada del paciente en quirófano.

Hora de inicio de inducción anestésica.

Hora de incisión.

Hora de cierre.

Hora de extubación.

Hora de salida del paciente del quirófano.

25 Mortalidad quirúrgica en el periodo de estudio.

Muertes imputables durante el acto quirúrgico /Total de intervenciones del periodo.

Área de Urgencias

26. Total de urgencias atendidas en el periodo.

27. Media diaria de urgencias.

• Mañanas.

• Tardes.

• Noches.

28. Presión de urgencias.

Número de ingresos urgentes del periodo x 100/Número de ingresos del mismo periodo.

29. Retornos no planificados al Servicio de Urgencias en las siguientes 72 horas.

30. Pacientes que permanecen más de 6-8 horas de Urgencias.

31. Pacientes que abandonan el Servicio de Urgencias antes de completar el tratamiento.

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

Permanent link:
http://neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=2.4.1_recursos

Last update: **2019/09/26 22:17**