



ASISTENCIA NEUROLÓGICA AMBULATORIA

**Comisión de Análisis de la Asistencia
Neurológica**

SOCIEDAD VALENCIANA DE NEUROLOGÍA
(Comunidad Valenciana 2008)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	4
CASE MIX AMBULATORIO.....	13
DEFINICIONES ANA (Asistencia Neurológica Ambulatoria).....	20
LAS CONSULTAS DE NEUROLOGÍA Y SUS TIPOS.....	22
MODELOS ASISTENCIALES.....	25
EJEMPLO DE CONSULTA DE NEUROLOGÍA DE ALTA RESOLUCIÓN	30
REFERENCIAS	32



INTRODUCCIÓN

La asistencia neurológica ambulatoria (ANA) es el modo de asistencia en el que se atiende el mayor volumen de pacientes y en el que se asisten mayoritariamente muchas de las enfermedades neurológicas más genuinas (Epilepsia, enfermedad de Parkinson y otros trastornos del movimiento, Demencias, Cefaleas, Neuropatías y Miopatías, Esclerosis Múltiple, ELA,...). Tan sólo la patología neurovascular aguda tiene una asistencia predominantemente hospitalaria. En algunos estudios (Morera 1996; Morera 2000; Villanueva 2006) se ha observado que la variación diagnóstica en consultas llega hasta los 238 tipos distintos de diagnóstico, realizados en una consulta de Neurología en un periodo de entre dos y cuatro años.

Por otra parte, varios trabajos publicados han demostrado de forma fehaciente (Morera, 2003, Villanueva 2006) cómo en los últimos 5 años ha habido un paulatino incremento de la demanda de asistencia neurológica y que ello – aunque no únicamente- esencialmente se ha producido a base de la fracción correspondiente a la patología neurodegenerativa.

En diversas publicaciones dirigidas a analizar la ANA, realizados tanto en la Comunidad Valenciana como en diversos puntos del país, se puede observar cómo la tasa de demanda por mil habitantes y año, el origen de la demanda, la patología atendida (el *case-mix* ambulatorio), la tasa de altas en primera visita, la tasa de pacientes no presentados a la cita, la tasa de pacientes remitidos sin patología neurológica, etc..., son esencialmente muy similares. Así pues, podemos decir que - de forma esencial- la ANA tiene un comportamiento razonablemente homogéneo en todo el territorio de la Comunidad Valenciana (a nivel nacional existen diferencias notables en algunas comunidades autónomas).

Además se están investigando nuevos modos de asistencia neurológica ambulatoria como las consultas de alta resolución, las consultas de acto único, las consultas telefónicas, la teleasistencia (por video-conferencia) o las de orientación de pacientes, que en definitiva intentan buscar soluciones novedosas –más ágiles, más cómodas, menos costosas...- al creciente problema de la ANA.

En otro orden de cosas, la agilización de la ANA tiene un efecto favorecedor de su uso y modificador de su complejidad:



- a) Reduce el número de ingresos hospitalarios cuyo motivo era “para estudio” del paciente, y el de pacientes con procesos agudos que no requerirían ingreso si pudieran estudiarse rápidamente de forma ambulatoria. Ello aumenta la demanda de asistencia ambulatoria incluyendo en la lista de pacientes un grupo de alta complejidad y que además requiere una asistencia ágil, no sólo en la demora de la consulta, sino también en la realización de las pruebas necesarias para su estudio.
- b) Aumenta la demanda desde los agentes remitores al reducirse la presión limitante que produce la demora. Este incremento de demanda aumenta paralelamente la tasa de pacientes remitidos con patología que dudosamente hubiera tenido que haber sido remitida (bien por no ser un problema estrictamente neurológico, bien por ser una patología poco compleja que hubiera podido ser controlada en Atención Primaria)

De este modo la agilización de la ANA, aumenta la demanda de este tipo de asistencia, aumenta la complejidad de un grupo de pacientes y aumenta la tasa de pacientes con patología banal o incluso sin patología neurológica. Estos elementos, de nuevo, dificultan la organización de un modo de asistencia con tal diversidad de diagnósticos, variedad de complejidad y heterogeneidad de prioridad temporal.

Sin embargo, a pesar de la importancia de este tipo de asistencia y de la dificultad inherente en su organización, hasta hace bien poco se le ha prestado poca atención desde el punto de vista de la gestión y de la Administración, al haberla considerado como la *hermana pobre* de la asistencia, en comparación con el enorme gasto que generaba la asistencia hospitalaria.



ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Tras un profundo análisis de la situación realizado por un grupo de expertos en el seno de la Sociedad Valenciana de Neurología (**Comisión de Análisis de la Asistencia Neurológica**), se ha detectado que en la actualidad existen una serie de problemas que deberían analizarse y resolverse lo antes posible en aras a mejorar la asistencia ambulatoria a pacientes con patología neurológica. A continuación se presentan en un listado:

1. La accesibilidad de los pacientes a la asistencia
2. El tiempo de visita ambulatorio
3. La agilidad en la realización de las pruebas "ambulatorias"
4. La dualidad Consultas de Ambulatorio-Consultas de hospital
5. El seguimiento de los pacientes
6. La rigidez del actual sistema de organización asistencial en consultas
7. La continuidad de la asistencia
8. La heterogeneidad del producto
9. La Variabilidad en la atención dispensada
10. El registro, control y el flujo de la información
11. La investigación en la gestión de la ANA
12. El control de la calidad

Cada uno de estos problemas ha sido debatido extensa y específicamente por la Comisión mencionada. A modo de resumen mencionaremos los elementos más relevantes de cada uno de ellos:

La accesibilidad de los pacientes a la asistencia

La accesibilidad puede entenderse desde varios puntos de vista:



- a) Temporal: lo que se conoce como la “demora” o tiempo de espera para ser atendido. Esta puede entenderse como:
- I. “Tiempo desde la solicitud hasta la cita”,
 - II. “Retraso en la hora prevista de la asistencia”,
 - III. “Tiempo hasta el diagnóstico”
 - i. Desde la primera visita con el neurólogo hasta un diagnóstico con razonable grado de certeza
 - ii. Desde que se solicita la cita hasta que se obtiene un diagnóstico,
 - iii. Desde que el paciente acude con sus primeros síntomas a algún punto del sistema sanitario y éste le ofrece un diagnóstico y una propuesta terapéutica.

Cada una de estas *demoras* supone un reto de mejora. Desde el punto de vista de esta comisión, la demora más relevante (aunque no la más aparente) es la correspondiente al punto a)-III-iii [Demora hasta el Diagnóstico desde el inicio de los síntomas]. Se propone desarrollar métodos de registro y análisis de éste parámetro, en lugar de la simple demora hasta la cita.

- b) Espacial: entendida como la distancia entre el centro de asistencia y el domicilio del paciente. La utilización de sistemas que faciliten la asistencia sin tener que trasladarse el paciente o bien reduciendo el número de desplazamientos mejoraría notablemente este tipo de barrera a la accesibilidad.
- c) Económica: en nuestro sistema sanitario, actualmente éste no sería un problema, salvo las pérdidas de jornadas laborales o las bajas que se prolongan innecesariamente por una asistencia “lenta”. De este modo, una asistencia rápida y ágil, así como la reducción al máximo del número de visitas a realizar mejoraría este tipo de accesibilidad.
- d) Cultural: aunque no es demagógico, la distancia cultural entre el agente asistencial y el paciente dificulta la asistencia por mala comunicación y



diferencias en la interpretación del significado cultural de la enfermedad y sus consecuencias. Esta es una barrera difícil de eliminar, y por desgracia, cada vez más frecuente en nuestro sistema sanitario.

- e) Accesibilidad por Contingencias: el paciente debe poder contactar con el neurólogo ante posibles contingencias “inesperadas”: empeoramiento clínico, intolerancia o ineficacia de la terapia, dificultades con la realización de las pruebas, necesidad de algún tipo de información u otras dudas o situaciones que puedan surgir. Para ello es necesario diseñar sistemas de comunicación y de disponibilidad de la información necesaria para poder atender a estos pacientes con la suficiente fiabilidad y calidad (disponibilidad de tiempo, de información, canales de comunicación ágiles,...)

El tiempo de visita ambulatorio

El tiempo de visita es la mejor herramienta diagnóstica de la que dispone un médico y muy particularmente en una especialidad tan clínica como la Neurología. Disponer de un tiempo suficiente para la visita mejora, entre otras cosas, la comprensión del problema que presenta el paciente, aumenta la confianza de éste con el sistema –y el neurólogo en este caso-, reduce la necesidad de pruebas diagnósticas, mejora la cumplimentación del tratamiento –y, por tanto, reduce los “fallos” terapéuticos- y aumenta el número de altas tras la visita. Es decir, pasar de un tiempo de primera visita de 10-15 minutos a 30 minutos en una consulta general de Neurología resulta enormemente eficiente.

La agilidad en la realización de las pruebas “ambulatorias”

Esta es una condición necesaria para un buen funcionamiento de la ANA. La Agilidad de este tipo de asistencia se entiende como la facilidad para llegar al diagnóstico. Esto es:

- a) Espera razonable para la realización de las pruebas diagnósticas –o de control terapéutico o evolutivo- necesarias. La demora “razonable” debe haberse consensuado previamente entre Neurología, Servicio que realiza la prueba y Administración. También sería conveniente que en este acuerdo interviniera algún representante de los pacientes.



- b) Capacidad de priorización según situación clínica o sospecha diagnóstica;
- c) Capacidad de revisar el paciente una vez realizadas las pruebas solicitadas. Se trata de una cuestión organizativa de diseño adecuado de agendas (por ejemplo: Revisiones Diagnósticas) o bien de algún sistema de información de resultados (telefónico, informes por correo postal,...).

La dualidad Consultas de Ambulatorio-Consultas de hospital

Este punto ha generado mucho debate. Simplemente, la asistencia ambulatoria no debería depender del lugar donde ésta se realice sino del tipo de prestación que se está ofertando: consulta de Neurología general, consulta de tipo monográfico o cualquier otro tipo especial de consulta que pueda diseñarse. Debería haber homogeneidad tanto en los tiempos programados de visita, como en la duración de la sesión de consulta (horas de consulta), listado de pacientes a atender, accesibilidad a las pruebas, a la documentación clínica del paciente, el tipo de profesional que le atiende, la disponibilidad de otros profesionales, etc.

Es inadmisibles que, hoy en día, existan Departamentos de Salud dependientes de la Agencia Valenciana de Salud de la Conselleria de Sanitat en los que la ANA realizada sea radicalmente diferente dependiendo del lugar en el que ésta se dispense.

Es preciso "dignificar" el entorno asistencial ambulatorio en aquellos centros de especialidades donde esto todavía no se haya producido, de modo que garantice una calidad asistencial a los pacientes que allí se atiendan y que no difiera enormemente con la recibida en una consulta externa hospitalaria (con una complejidad semejante).

El seguimiento de los pacientes

Tras la fase diagnóstica de un paciente (la cual puede requerir más de una visita), el paciente pasa a la fase de seguimiento, cuyo objetivo –dentro de un marco de utilidad de las actuaciones- debe ser alguno de los siguientes: control evolutivo, control terapéutico, control de factores de riesgo.

El seguimiento de la mayoría de pacientes atendidos en consultas de Neurología tienen un tiempo de seguimiento limitado en el tiempo (el 90%



requieren menos de 5 visitas; Morera 1996). Sin embargo, el 10% restante requieren un seguimiento prolongado en el tiempo, con fases impredecibles de reajuste de medicación y de descontrol clínico. Estos pacientes van acumulándose y con el tiempo acaban saturando paulatinamente las consultas de Neurología. Esta saturación suele generar perversiones –bien o mal intencionadas- en la utilización del sistema de citas (por ejemplo: utilización de turnos de primera visita para revisiones preferentes) o bien situaciones de mala calidad (atender pacientes en el pasillo, pedir pruebas sin registro clínico...).

La gestión de la asistencia al seguimiento de los pacientes, a la que hasta ahora se le ha prestado escasa atención desde la Administración (como si el seguimiento de un paciente fuera un *simple capricho* del especialista), es uno de los elementos clave para una organización de la ANA que gane en calidad: diseñar criterios y protocolos de seguimiento, consultas específicas de seguimiento (diferenciadas de las Consultas Diagnósticas), homogenización de agendas (consultas monográficas) e implementar en algunas patologías sistemas de seguimiento compartido entre niveles asistenciales, pueden mejorar la asistencia a los pacientes con enfermedades neurológicas que requieren una atención crónica o a largo plazo.

La rigidez actual del sistema de organización asistencial en consultas

Éste es uno de los problemas detectados en el diseño del actual sistema de ANA: básicamente reducido a “Primeras Visitas y Revisiones” y algunas otras agendas esporádicas y no reconocidas específicamente por la Administración (no generan análisis diferencial ni en organización, ni en rendimiento, ni en gestión de costes). Ello hace difícil el poder encajar de una forma eficaz y lógica toda la complejidad de la ANA, lo cual conlleva –como dijimos- perversión en el uso del sistema, ineficiencia en las agendas y en la gestión de los tiempos, trato inadecuado de los pacientes (con prisas, en los pasillos, citas no programadas, pacientes que se “presentan” en la puerta de la consulta solicitando ser atendidos, consultas telefónicas sin disponer de una información clínica suficiente,..) y –en definitiva- mala calidad asistencial.

La ampliación del abanico del catálogo de prestaciones en consultas, la flexibilidad en la gestión de las agendas (por ejemplo: poder transferir “tiempos” de

una agenda a otra según la evolución de las demoras), la reserva de huecos para asistencia "preferente", o de casos urgentes, etc... u otras soluciones alternativas podrían mejorar la adecuación de la oferta del servicio que precisa cada paciente en cada momento.

La continuidad de la asistencia

La continuidad de la asistencia es una reconocida dimensión de la Calidad Asistencial. Un paciente no pertenece a Neurología ni a Atención Primaria, al Centro de Salud, al Centro de Especialidades o al Hospital: es un paciente que recibe asistencia del Sistema Sanitario y, por tanto, debe recibir en cada momento la asistencia más oportuna dependiendo de su situación clínica, de sus preferencias y de las posibilidades de cada lugar asistencial, bien sea en Atención Primaria, bien sea en Atención Especializada. Y a lo largo de la evolución de su enfermedad estos requerimientos probablemente variarán y consecuentemente también debe hacerlo la respuesta que le oferte el Sistema Sanitario.

El Sistema Sanitario debe organizarse de modo que la información de un paciente esté disponible en cada momento, que no existan duplicaciones en las actuaciones (ni diagnósticas ni terapéuticas), ni contradicciones en la información que se le administra y, además, que las actuaciones en cada ámbito y por cada profesional sean complementarias y generen un valor añadido en el sentido de *utilidad*.

La continuidad de la asistencia sigue siendo un reto para el Sistema Sanitario: la implantación-implementación de sistemas de información (Abucasis, Orion, Gaia, RIS, etc...), el diseño de protocolos transversales de actuación y de guías de actuación consensuadas localmente, así como la formación continuada de los distintos profesionales que intervienen en esta asistencia, puede facilitar la continuidad asistencial.

La continuidad de la asistencia al paciente con problemas neurológicos contempla básicamente los siguientes niveles de intercomunicación:

- a) Atención Primaria-Neurología y viceversa
- b) Hospitalización en Neurología-Atención Primaria
- c) Hospitalización en Neurología-Consultas de Neurología

- d) Urgencias Hospitalarias-Atención Primaria
- e) Urgencias Hospitalarias-Consultas de Neurología

La heterogeneidad del producto (de patologías y pacientes)

Ya hemos comentado sobre este asunto: gran variedad de patologías, heterogeneidad en la priorización y diversidad en la complejidad y requerimientos diagnósticos, terapéuticos y de información de cada paciente. Esto dificulta la organización de agendas “únicas”, lo cual conlleva de forma “natural” a la diversificación de agendas, tratando de homogeneizar el tipo de pacientes que se va a atender en cada tipo de consulta, de modo que pueda ajustarse la programación de tiempos, requerimientos de profesionales e incluso el tipo de dependencias.

Esta diversificación de las agendas genera otra cuestión: ¿Quién asigna un paciente a una determinada agenda? Existen diversos modos: consultas de orientación de pacientes, consulta general de primeras visitas, protocolización desde el origen de la demanda. La simple revisión de los informes de solicitud se ha demostrado ineficaz e incluso arriesgada para este fin.

La Variabilidad en la atención dispensada

La variabilidad en la asistencia es inherente no sólo al sistema, sino a los pacientes, a los profesionales e incluso a la naturaleza del ser humano. Sin embargo, está claro que un exceso de variabilidad hace totalmente incontrolable al sistema y le resta calidad. La variabilidad debería reducirse mediante la implantación de sistemas de protocolización en aquellas patologías más relevantes bien por su frecuencia, bien por su alto riesgo, bien por su alto coste.

Se trata de diseñar vías clínicas o diseño de procesos para las patologías de comportamiento menos variable y de diseño de sistemas de Gestión de Casos (*Case-Management*) para aquellas de evolución más variable o impredecible (Demencias, Esclerosis múltiple, ELA, ...)

El registro, control y el flujo de la información

Sin información no es posible realizar una mejora científica de un sistema.

La ANA –a diferencia de la asistencia en hospitalización- se ha caracterizado tradicionalmente por el uso de indicadores opacos que no permiten el más mínimo análisis de la complejidad del case-mix o la valoración de la variabilidad en la asistencia. Probablemente ello sea debido al enorme volumen de la asistencia ambulatoria, a la dificultad en controlar la duración de los episodios, así como a la dispersión en el tiempo y a la asistencia concomitante en diversos puntos del Sistema, lo cual representan dificultades para un registro adecuado de los datos que pueda devolver información significativa y fiable. Este es el reto de los sistemas de información que actualmente se están desarrollando en nuestro medio.

Por otro lado, el flujo de la información –necesario para la continuidad de la asistencia- también debe ser definido (circuitos de asistencia y el contenido y formato de los informes de intercomunicación) e integrado en los sistemas de información que se diseñen e implementen en el Sistema Sanitario.

En la definición de la información a registrar, del diseño de los circuitos asistenciales y de los informes asistenciales, así como en la explotación y análisis de esta información deben participar tanto la Administración y sus cuerpos técnicos como las Sociedades Científicas de los profesionales que intervienen en la asistencia (especialidades médicas –Neurología en este caso-, Atención Primaria, Enfermería y Servicios Centrales –Documentación Médica, laboratorio, Radiología, Anatomía Patológica,...-)

La investigación en la gestión de la ANA

Las propuestas de cambio en la ANA, de diseño de nuevos modelos, deberían ir emparejadas a la validación de cada uno de ellos, trazando objetivos, métodos de estudio y evaluación de los resultados en el marco de un cronograma de actuación. De este modo, podremos ir avanzando hacia nuevos modelos que realmente ofrezcan mejoras del sistema, mejora de la satisfacción de los usuarios y de los profesionales, eficacia de las medidas implementadas, eficiencia y optimización en el uso de los recursos empleados y, consecuentemente, mejora de la calidad de la asistencia.

El control de la calidad

El control de calidad actual consiste en la medición y análisis de indicadores de utilización realmente opacos: demoras en asistencia, listas de espera, tasa de

primeras visitas y revisiones, tasas de demanda por población, demografía de la población atendida, tasa de no presentados y reclamaciones de los usuarios. Con los actuales sistemas de información poco más se puede obtener.

Un control de calidad asistencial en consultas debería tener en cuenta todas las dimensiones de la Calidad de la Asistencia y poder obtener medidas fiables de las mismas, bien a través de monitorización de indicadores, de realización de encuestas o de análisis de la documentación clínica (Audit Médico).

Solamente un control de Calidad realizado de forma global podrá validar un análisis crítico de los resultados que permita detectar los problemas y diseñar e implementar acciones correctivas o preventivas de mejora. Pongamos un ejemplo:

- El aumento de la demora y lista de espera en consultas a menudo es resuelto con un aumento de las listas de trabajo (más pacientes por sesión de consulta y -lógicamente- menos tiempo por paciente), sin tener en cuenta si ello repercutirá en la calidad técnica, en la satisfacción del usuario o en la del propio profesional, o en la eficiencia del sistema [quizá se pidan más pruebas o se generen más revisiones]. De este modo, posiblemente la reducción “puntual” de la demora genere subsiguientemente una cadena de malos resultados en calidad que a medio plazo podría ser mucho peor que la propia demora que se intentó solucionar.

Esta comisión propone el desarrollo de un plan estratégico de análisis y mejora de la calidad de la asistencia en consultas de Neurología basado en los puntos planteados.



CASE MIX AMBULATORIO

Los estudios de frecuentación de las consultas de Neurología en España y en nuestra comunidad ofrecen resultados variables que oscilan entre 9-20 primeras consultas por mil habitantes y año, dependiendo básicamente del entorno (urbano o rural) que se analice. Esto corresponde a un modelo de atención directa por el neurólogo (modelo americano), debido en general a la escasa selección de la derivación por parte de los facultativos de atención primaria. En estas visitas hay un predominio del sexo femenino y la edad media de los pacientes que consultan se sitúa entre los 45-50 años.,siendo una tercera parte mayor de 65 a. (34-40 %).

Aunque no existen herramientas tan bien definidas para el análisis del case mix a nivel ambulatorio, como ocurren a nivel hospitalario, si disponemos de información muy concreta sobre la distribución de pacientes en función del motivo de consulta o de la agrupación por diagnósticos debido a la publicación de diversos trabajos sobre el tema (bien individuales por departamentos o colectivos por la sociedad científica) por en el ámbito de nuestra autonomía. Ambos ofrecen resultados bastante homogéneos en los diversos estudios analizados, tanto a lo largo de nuestra geografía como a nivel temporal. (tablas I y II).

Si valoramos el motivo de consulta de los pacientes que acuden a nuestros centros de especialidades observamos que la cefalea (de forma consistente) es el primer motivo de consulta (a excepción de un trabajo) seguido de las alteraciones de memoria y las causas no neurológicas: cefaleas (20 – 30 %), trastornos cognitivos (10 - 25 %); causas no neurológicas: (5 - 15 %) (tablas I y II)

Si por el contrario lo hacemos por agrupaciones diagnósticos, volvemos a encontrar que las cefaleas (sobre todo migraña sin aura y cefalea tensional) seguido de los diversos tipos de demencia (encabezados por la Enfermedad de Alzheimer) son los más frecuentes, seguidos luego por una miscelánea (que incluye grupos no neurológicos como ansiedad, distimia, etc., la patología vascular cerebral como AIT e infarto cerebral y las alteraciones extrapiramidales con predominio del temblor esencial. Si analizamos los diagnósticos específicos codificados por ICD-9 encontramos la migraña sin aura y cefalea tensional, junto a la Enfermedad de Alzheimer como más habituales. Dentro del total, existen 21 diagnósticos que obtiene una frecuencia de mas de un 1 % de pacientes cada uno.



No hay excesivas variaciones de estos parámetros en cuanto a la geografía de la Comunidad Valenciana, ni tampoco aparecen grandes diferencias temporales, a excepción del deterioro cognitivo (Enfermedad de Alzheimer) que va creciendo paulatinamente, desbancando a otros diagnósticos y situándose en segundo lugar por detrás de la cefalea.

Tabla I: 1ª visitas remitidas por Grupos Diagnósticos

Diagnósticos primera	Baquero 1994 N= 1300 Valencia	Morera 2001 N= 1494 Denia	Perez-Sempere 2002 N = 1461 Orihuela	Pajarón 2006 N = 400 Castellón	López 2006 N = 3229 Elche	Escudero 2006 N =2123 Valencia	Galiano 2006 N= 670 Sagunto
Cefalea	23,7	23	32	19,6	27,6	21	31,2
Deterioro cognitivo	4,1	11,2	10	10,6	14,6	18	15,7
No Neurológico	11,3	10,8	5,5	7,5	11,9	12	2,7
Patología Vascular Cerebral	8,3	15,5	6,2	9,2	8,5	9,7	-
Mareo	12,6		12,6	8,3	6,1	8,8	12,8
Extrapiramidal	11,3	8,5	8,8	2,7	7,2	10	8,1
Epilepsia	14,8	3,4	8,4	3,1	5	6,6	-
Otros diagnósticos	-	12	-	-		5	4,5
Neuromuscular	2,8	6,1	-	-	3,5	3,3	-
Dolor	1,4	-	-	-		4,1	-
Administrativa	-	-	-	-	-	3,1	-
Error citación	-	-	-	-	-	1,1	-

Tabla II: 1ª visitas remitidas por Diagnósticos específicos (CIE-9)

Diagnóstico de primera visita	Baquero, 1994 N= 1300 Valencia	Morera, 2001 N= 1494 Denia	Perez-Sempere, 2002 N = 1461 Orihuela	Huerta-Villanueva 2005 N =2123 Tarragona
Migraña sin aura	23,7	10	14	8,8
Enf. Alzheimer	4,1	11,2	5,7	7,3
Cefalea tensional	11,3	3,6	9	5,9
Temblor esencial	8,3	15,5	2,6	4,3
Ansiedad	12,6		3,5	4
D. Cognitivo estudio	11,3	8,5	-	3,8
Cefalea cronica D	14,8	3,4	8,4	3,6
Vertigo		3,6	2,7	3,4
Sincope vv	2,8	5,1	3,7	2,9
Infarto cerebral	1,4	11,6	3,5	4,1
E. parkinson	-	-	5,5	3,1
Epilepsia	-	-	8,8	1,1

Tabla III: Procedencia de los pacientes

Procedencia del paciente	Morera, SVN 1998 N=954	Perez-Sempere 2002 N = 1461	Pajaron 2006 N =400	Lopez 2006 N= 3229	Huerta-Villanueva 2005 N =2123
Atención Primaria	52	32	68	93,9	69,3
Urgencias	6,1	10	3,2	2,3	8,5
Otras especialidades	13,2	5,5	26	3,9	15,7
Sala Neurología	17,1	-	-	--	-
De la casa	2,6	12,6	2,5		-

Tabla IV: Destino y otros datos

Destino	Pajaron 2006 N =400	Lopez 2006 N= 3229 Elche	Escudero 2006 N =2123 Valencia
Alta tras 1ª visita	23	42 % Admin. 90 Mareo: 65 A Cogn: 43 Temblor: 42 Cefalea: 37	50
Revisión	45	46 %	-
Alta tras 2ª visita	-	3,9	50
Envío al Hospital	3	-	5,6
Relacion 2º / 1ª	-		1,06
Fallos visita	22	13	20



Tabla 3. Distribución de los pacientes por motivo de consulta y relación sucesiva/primera (S/P).

	<i>n</i>	Primera visita	Revisión	Relación S/P	Significación
Pacientes	1.000	265 (26,5%)	735 (73,5%)	2,77	
No presentados	191	26 (9,8%)	165 (22,4%)	6,34	< 0,001
Extranjero	80	31 (11,7%)	49 (6,7%)	1,58	0,01
Cefalea	282	97 (36,6%)	185 (25,2%)	1,90	< 0,001
Alteración cognitiva	210	44 (16,6%)	166 (22,6%)	3,77	0,04
Trastorno del movimiento	110	22 (8,3%)	88 (12%)	4	0,061
Enfermedad cerebrovascular	121	34 (2,8%)	87 (11,8%)	2,55	0,671
Epilepsia	87	15 (5,7%)	72 (9,8%)	4,8	0,024
Dolor neuropático	40	3 (1,1%)	37 (5,0%)	12,3	0,003
Sistema nervioso periférico	45	10 (3,8%)	35 (4,8%)	3,5	0,318
Otros diagnósticos neurológicos	73	20 (7,5%)	53 (7,2%)	2,65	0,476
Mareo inespecífico	19	10 (3,8%)	9 (1,2%)	0,9	0,013
Diagnóstico psiquiátrico	42	25 (2,5%)	17 (2,3%)	0,68	0,334
Síncope	14	10 (3,8%)	4 (0,5%)	0,4	0,001
Pendiente de diagnóstico	16	9 (1,2%)	7 (2,6%)	0,77	0,102
Diagnóstico no neurológico	29	12 (4,5%)	17 (2,3%)	1,41	0,056

Perez-Carmona, 2004



Tabla II. Distribución de los motivos de consulta.

	<65 años		>65 años		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Cefalea o algia facial	620	42,4	94	12,3	714	32,1
Crisis epilépticas	152	10,4	36	4,7	188	8,4
Trastornos sensitivos	138	9,4	26	3,4	164	7,4
Trastornos motores	89	6,1	69	9	158	7,1
Temblor	31	2,1	91	11,9	122	5,5
Demencia	8	0,5	109	14,2	117	5,3
Mareo	70	4,8	41	5,4	111	5,0
Alteraciones de la memoria	36	2,5	69	9,0	105	4,7
Síncope	77	5,3	23	3,0	100	4,5
Alteraciones visuales	47	3,2	44	5,7	91	4,1
Enf. de Parkinson	11	0,8	63	8,2	74	3,3
Vértigo	53	3,6	17	2,2	70	3,1
Alteraciones del lenguaje	7	0,5	31	4,0	38	1,7
Acúfenos	4	0,3	7	0,9	11	0,5
Otros	118	8,1	46	6	164	7,4
Total	1.461	100,0	766	100,0	2.227	100,0

Frec.: frecuencia.

Pérez Sempere, 2002



Pérez Sempere, 2002

Diagnósticos (código CIE)	<65 años		≥65 años		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Migraña (346)	303	20,7	11	1,4	314	14,1
Cefalea tensional (307.81)	169	11,6	34	4,4	203	9,1
Epilepsia (345)	158	10,8	39	5,1	197	8,8
Alzheimer (331.0)	6	0,4	122	15,9	128	5,7
Parkinson (332.0)	15	1,0	108	14,1	123	5,5
Síncope no neuroológico	66	4,5	16	2,1	82	3,7
Ansiedad (300.0)	64	4,4	15	2,0	79	3,5
Isquemia cerebral transitoria (435)	18	1,2	61	8,0	79	3,5
Vértigo postural (386.11)	50	3,4	13	1,7	63	2,8
Trombosis cerebral (434.0)	20	1,4	40	5,2	60	2,7
Temblor esencial (333.1)	23	1,6	35	4,6	58	2,6
Depresión (301.12)	27	1,8	13	1,7	40	1,8
Cefalea postraumática	37	2,5	3	0,4	40	1,8
Espondilosis cervical (721.0)	19	1,3	17	2,2	36	1,6
Túnel carpiano (354.0)	33	2,3	2	0,3	35	1,6
Aterosclerosis cerebral (437.0)	2	0,1	31	4,0	33	1,5
Cefalea no especificada	24	1,6	8	1,0	32	1,4
Alteración benigna de la memoria	12	0,8	17	2,2	29	1,3
Algia facial atípica (350.2)	15	1,0	8	1,0	23	1,0
Trastorno del disco intervertebral (722)	20	1,4	2	0,3	22	1,0
Neoplasia cerebral (191, 225.1)	13	0,8	8	1,1	21	1,0
Total	1.461	100,0	766	100,0	2.227	100,0

DEFINICIONES ANA (Asistencia Neurológica Ambulatoria)

Consulta de Visita Única: se define como un tipo de consulta cuyo objetivo es llegar a establecer el diagnóstico en esa misma visita en una gran proporción de los pacientes. Ello permitirá tomar la decisión terapéutica y de seguimiento más adecuada también en esa misma visita.

Para ello, los pacientes que precisen la realización de alguna prueba para el diagnóstico acudirán a la visita con estas pruebas ya realizadas. Ello supone que el agente remitidor de pacientes al mismo tiempo que solicitud la consulta, solicitará de forma protocolizada las pruebas necesarias, realizándose una programación tanto de la cita para las pruebas como de la visita subsiguiente (Visita Única), de modo que cuando el paciente acude a la visita del especialista, éste ya disponga de los resultados.

Consulta de Alta Resolución /Alto Rendimiento: es un tipo de consulta en la que se dispone del tiempo necesario para establecer un diagnóstico clínico a una importante proporción de pacientes. Si es necesario, el neurólogo solicitará pruebas para perfilar mejor el diagnóstico del paciente. Tras el diagnóstico se tomará la decisión terapéutica y de seguimiento más adecuada. Las visitas de revisión de este tipo de consulta se consideran "Revisiones Diagnósticas", no existiendo en la agenda disponibilidad de "huecos" para revisiones ordinarias o de control de pacientes.

Así pues, es un tipo de recurso asistencial eminentemente diagnóstico. A diferencia de la Consulta de Visita Única, los pacientes no acuden con las pruebas realizadas.

Consulta de Orientación de Pacientes (COP): tipo de consulta en la que el médico realiza una valoración rápida del paciente derivándolo posteriormente al recurso asistencial que considere más adecuado. Es posible remitir de nuevo el paciente a su origen (dar un alta) en una proporción media-baja de pacientes, pero la mayoría serán orientados hacia otro recurso asistencial para completar su estudio.

Ocasionalmente podrá solicitarse algún tipo de prueba para facilitar la correcta orientación del paciente.

En la COP, el médico puede solicitar protocolariamente las pruebas que requerirá el paciente para que pueda diagnosticarse ya en la primera visita de la consulta a la que haya sido derivado.

Consulta Monográfica: Tipo de consulta en la que se atienden pacientes de patología similar (case-mix homogéneo). Estas consultas son atendidas por un especialista experto en dicha patología. Este tipo de consultas facilitan la utilización de protocolos asistenciales que reducen la variabilidad en la asistencia, permiten un registro sistemático de los pacientes en bases de datos específicas y mejoran la competencia profesional del facultativo, el cual aplica cada vez con más rigor los criterios diagnósticos y las diversas estrategias terapéuticas actuales. Este tipo de consulta mejora especialmente la Calidad Técnico-Asistencial.

Consultas de Seguimiento: Pueden ser de distintos tipos:

- **Consulta de Revisión Diagnóstica:** Consulta en la que se realiza la revisión de las pruebas complementarias solicitadas para llegar al diagnóstico. Debe tener una programación diferencial de la de las *Consultas de Revisión Ordinaria*, para evitar que se colapsen. Este tipo de programación permite revisar a los pacientes a los que se les realizaron pruebas en el momento adecuado.
- **Consulta de Revisión Ordinaria:** Tipo de consulta en la que se atienden pacientes que precisan seguimiento para control evolutivo, terapéutico y/o de factores de riesgo precisando controles periódicos por el Especialista. Deben tener una agenda específica para evitar que “colapsen” las citaciones del resto de agendas.



LAS CONSULTAS DE NEUROLOGÍA Y SUS TIPOS

La neurología atiende a 2 tipos fundamentales de pacientes:

- ***Pacientes cuyo seguimiento puede realizarse de manera fundamental por Atención Primaria:***

- Estos pacientes realizan visitas puntuales al neurólogo. En general son visitas únicas, o con una sola revisión para ver pruebas. El "cliente" o consultor es el MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA que deberá tener acceso personal o telefónico con el neurólogo. El tipo de paciente y los protocolos de remisión serán CONSENSUADOS entre Atención Primaria y el Neurólogo. Muchas cefaleas, valoraciones cognitivas y consultas de situaciones específicas podrían ser de este tipo.

- ***Pacientes cuyo seguimiento fundamental se realiza por el neurólogo:***

- El "cliente" aquí es el propio paciente (y las sociedades de pacientes). En estas consultas es el paciente el que debe tener un neurólogo bien identificado y un fácil acceso al mismo personal o telefónico. La asistencia a estos pacientes estará protocolizada y basada en guías actualizadas de práctica clínica consensuadas con las sociedades científicas y las sociedades de pacientes. Periódicamente, el neurólogo informará al médico de Atención primaria de la evolución del paciente. Se recomiendan Consultas Monográficas.

→ **Expresado de forma resumida:**

DOS TIPOS DE DEMANDA = dos tipos de Consulta: **A** y **B**.

TIPO A: Seguimiento por Atención Primaria.

- Remisión de pacientes por AP según protocolo con o sin pruebas.
- VISITA ÚNICA con TIEMPO SUFICIENTE o casi única (alta tras pruebas).



- Informe de alta normalizado.
- Comunicación con Atención Primaria. Fácil acceso.
- Si se requiere se remitirá a una Consulta Neurológica de tipo B.
- La calidad se determina por la SATISFACCIÓN DEL MEDICO DE AP.

TIPO B: Consulta de Seguimiento por Neurología.

- Remisión de pacientes desde la Consulta TIPO A.
- Visitas periódicas según necesidades y recomendaciones.
- Informes periódicos a Atención Primaria.
- Comunicación con el paciente. Fácil acceso.
- Alta con informe en caso de que el proceso sea estable o esté resuelto.
- La calidad se determina por la SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.

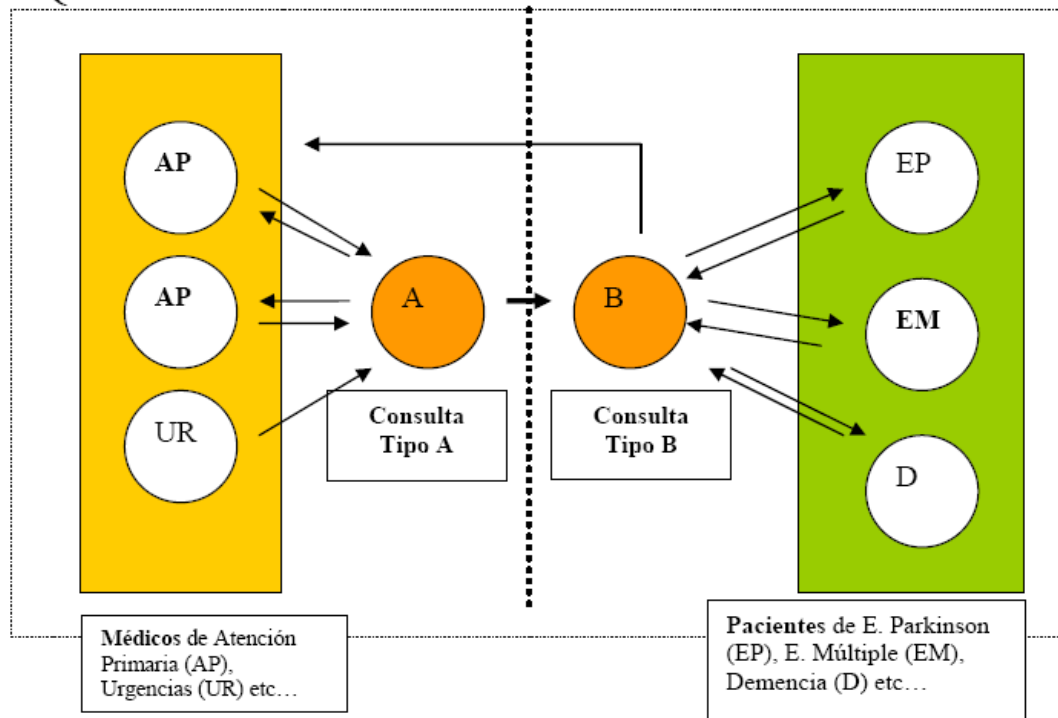
SI AMBAS CONSULTAS ESTÁN MEZCLADAS, se tiende a un excesivo número de visitas de pacientes de tipo A (revisiones de pacientes que no lo necesitan) y a una atención insuficiente a los pacientes neurológicos de tipo B por dificultad para el acceso y revisiones muy lejanas (agendas saturadas).

LA SEPARACIÓN NÍTIDA ENTRE AMBOS TIPOS DE CONSULTA PERMITE UNA ASISTENCIA ADECUADA A CADA TIPO DE PACIENTE.

Por supuesto, muchos pacientes pueden en un momento dado ser transferidos desde una Consulta de TIPO A, a otra especializada de TIPO B. y viceversa, numerosos pacientes neurológicos serán dados de alta desde la consulta TIPO B para control por Atención Primaria. El proceso se resume en el siguiente esquema:



ESQUEMA



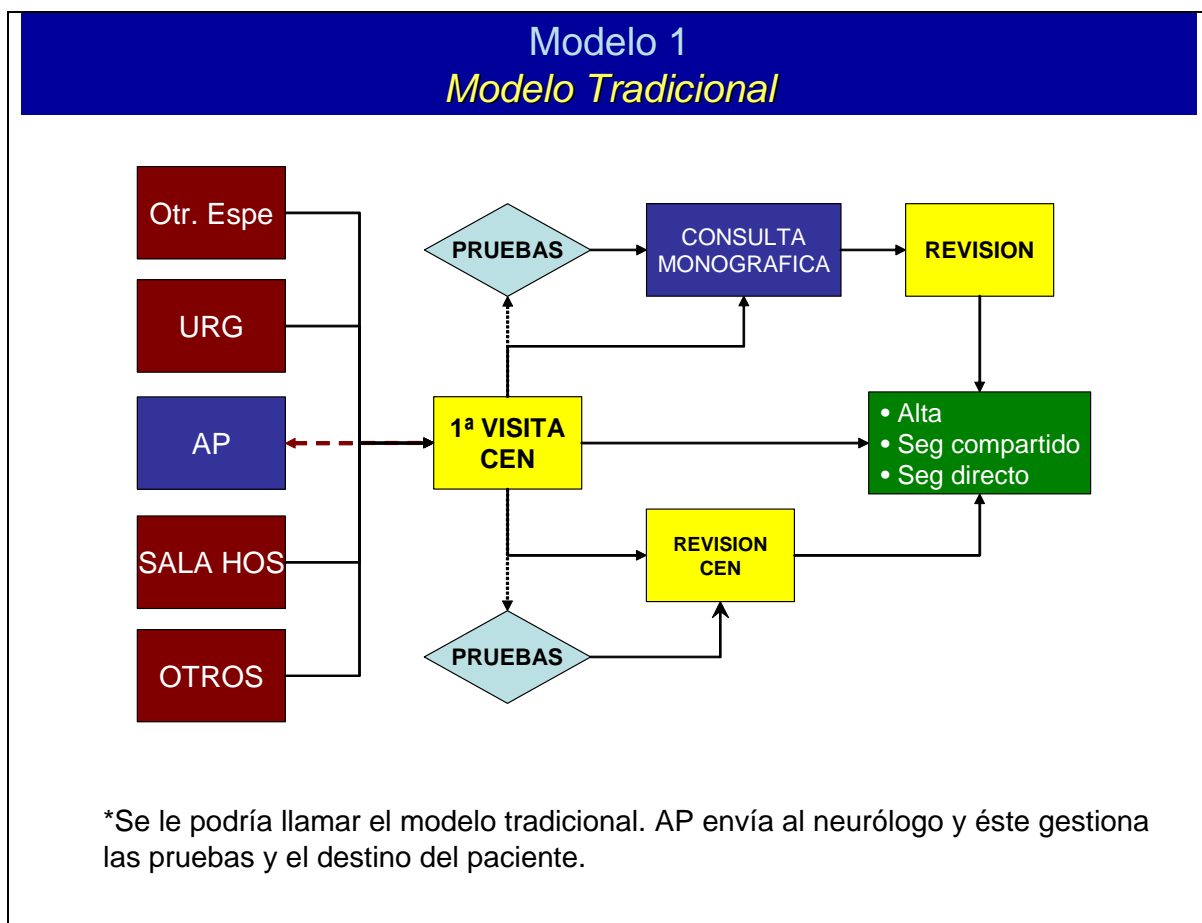
MODELOS ASISTENCIALES

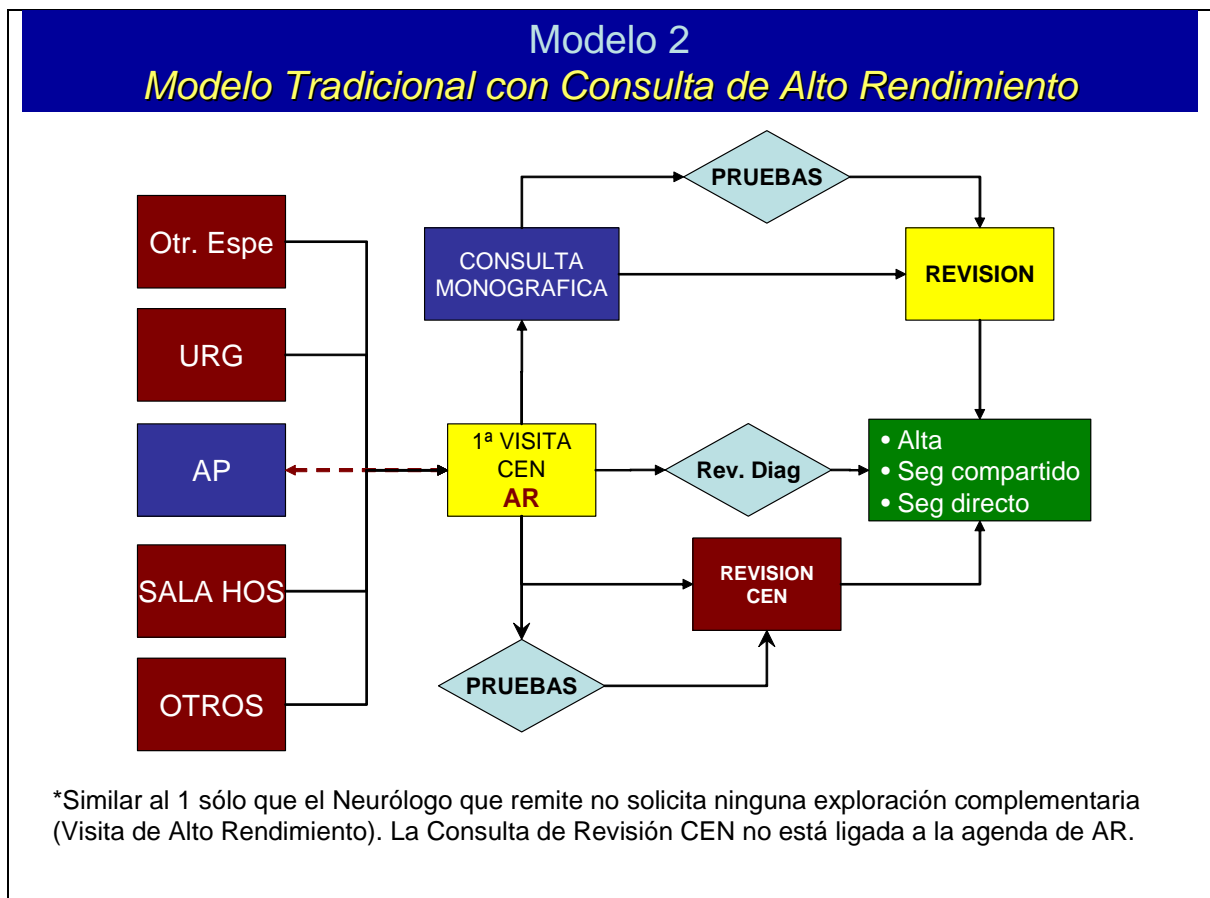
Existen muchos modelos de integración de la asistencia en Atención Primaria y Atención Especializada, no habiendo un modelo único que pueda adaptarse a todas las situaciones que puedan presentarse en un Departamento de Salud determinado. Habrá que analizar la realidad de cada situación para poner en marcha un nuevo modelo o modificar el modelo que esté vigente en ese momento.

En el Modelo General vigente en la Comunidad Valenciana, los pacientes son derivados a Atención Especializada principalmente desde Atención Primaria, aunque algunos pocos pueden hacerlo directamente desde Urgencias, Sala de Hospitalización, Interconsultas de Otras Especialidades y otras posibilidades menos frecuentes.

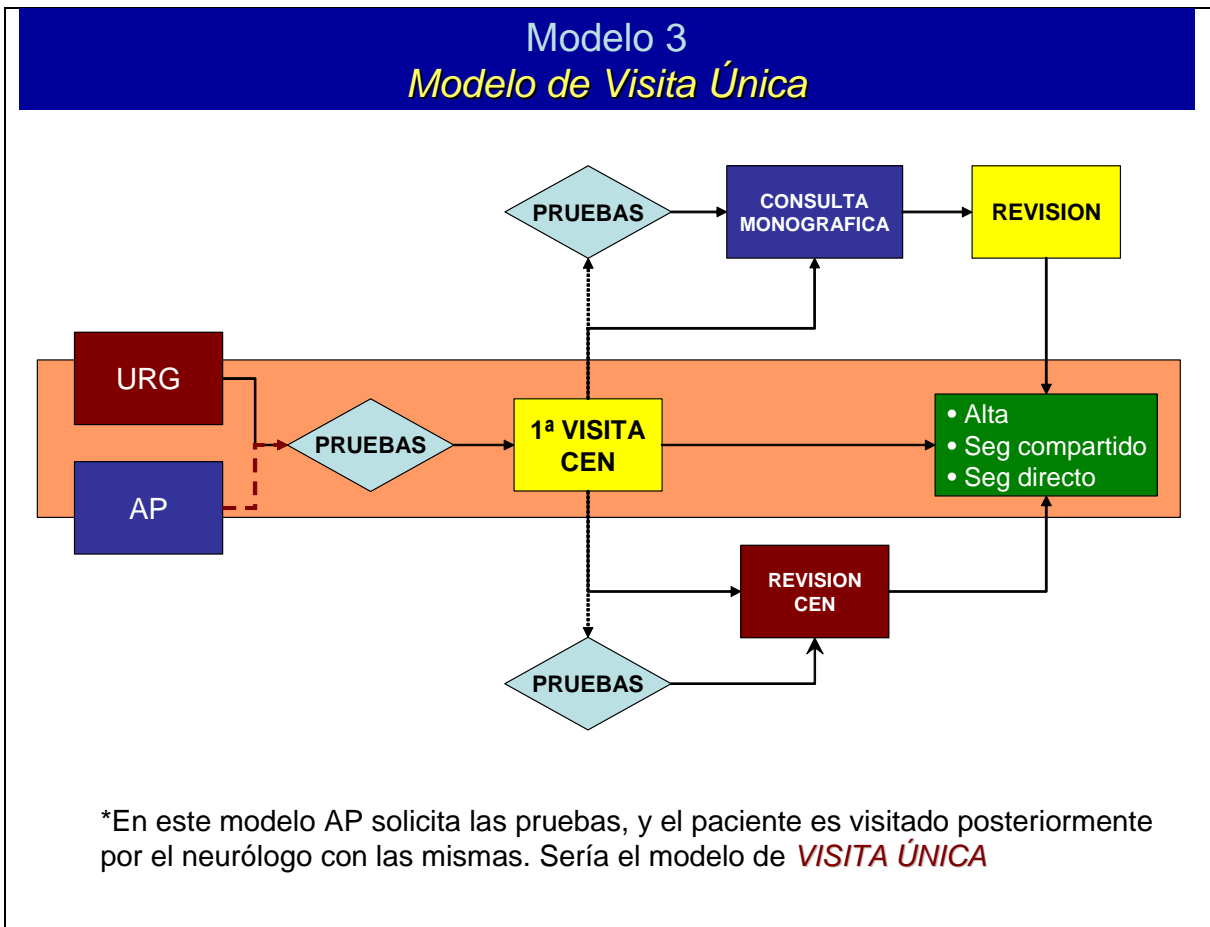
Por otro lado, la asistencia ambulatoria neurológica está estratificándose cada vez más en dos subniveles: Consulta General de Neurología y Consultas Expertas o Unidades funcionales para patologías específicas.

Tomando en cuenta estas dos premisas, a continuación presentamos cinco modelos diferentes de asistencia, con sus circuitos correspondientes:





Este modelo incorpora una consulta de Alto Rendimiento (o Alta Resolución) en la que los pacientes remitidos son valorados clínicamente por un neurólogo con experiencia y de ahí se decide el mejor destino del paciente: de nuevo a su origen (vg. AP), a una revisión diagnóstica tras realizar alguna prueba o ensayar algún tratamiento o a una consulta monográfica (o unidad funcional) donde sigue su propio circuito.

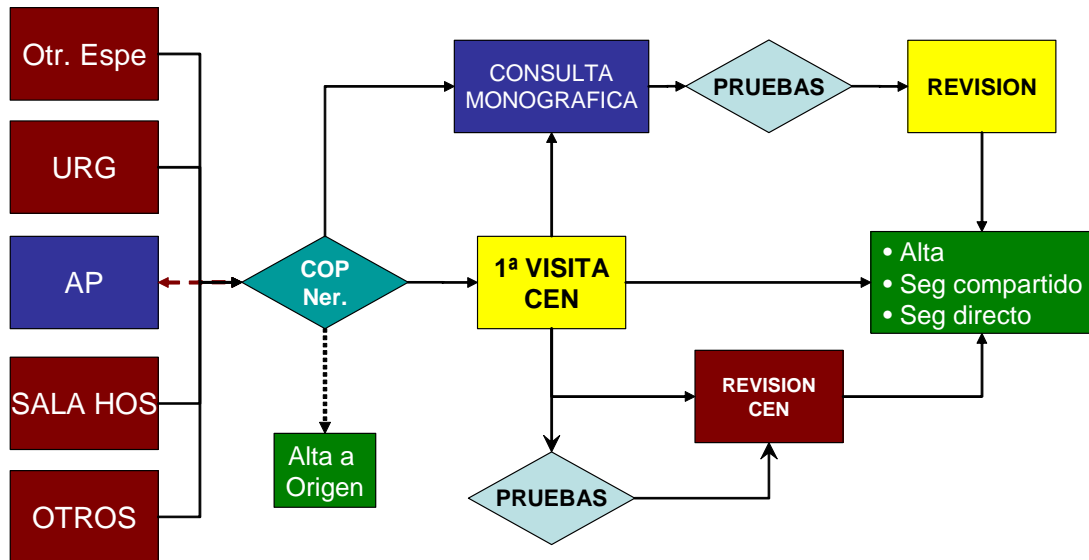


En este modelo, los pacientes derivados por algún motivo especificado se realizan protocolariamente una serie de pruebas diagnósticas previas a la visita con el neurólogo de modo que en muchas ocasiones éste ya puede emitir su diagnóstico en esa visita y desde ahí decidir el mejor destino para su manejo y control.



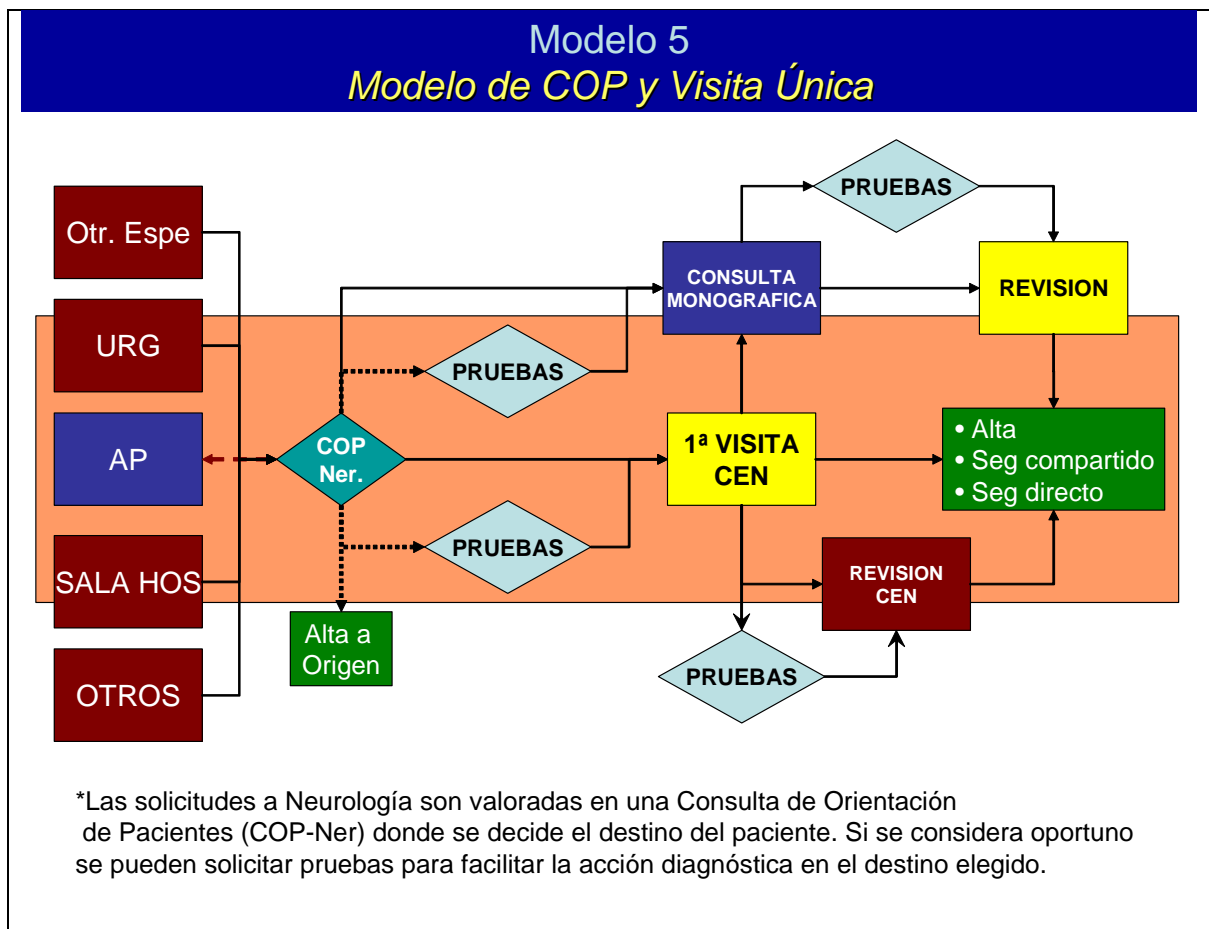
Modelo 4

Modelo de Consulta de Orientación de Pacientes (COP)



*Las solicitudes a Neurología son valoradas en una Consulta de Orientación de Pacientes (COP-Ner) donde se decide el destino del paciente.

En este modelo el paciente es valorado de manera rápida y prácticamente sin demora por un neurólogo con experiencia, el cual decide el mejor destino (Consulta de orientación de pacientes). En este modelo no se solicitan pruebas desde la COP. La tasa de altas en esta consulta tipo COP debe ser alta (cerca al 50%), de lo contrario no resultaría eficiente, siendo preferible el modelo 2 (consulta de Alto Rendimiento).



En este modelo se conjugan de una forma armónica los distintos tipos de consulta:

- Consulta de Orientación de Pacientes
- Consulta General de Neurología
- Consulta de Alto Rendimiento o Alta Resolución
- Consulta de Visita Única
- Consultas Expertas (monográficas) y Unidades Funcionales Multidisciplinares



EJEMPLO DE CONSULTA DE NEUROLOGÍA DE ALTA RESOLUCIÓN

Motivo: TEMBLOR

Introducción:

El temblor es un signo clínico por el que muchos pacientes son derivados a las consultas de neurología. En la gran mayoría de los casos, se trata de procesos banales en los que no subyace una enfermedad neurológica progresiva o degenerativa como pudiera ser la enfermedad de Parkinson u otras, y que pueden ser despistadas tras una correcta anamnesis y adecuada exploración. En la gran mayoría de los casos, una analítica con función tiroidea es suficiente para completar el estudio diagnóstico y realizar un correcto enfoque terapéutico.

Derivación:

- Informe formalizado del médico que remite. Debe incluir: resumen de los antecedentes médicos del paciente, tratamientos médicos prescritos en la actualidad y recientemente, así como el cuadro clínico del paciente.
- Acompañará analítica ordinaria con función tiroidea.

Evaluación en la consulta de neurología:

- Tiempo de evaluación: 30 minutos
- Complimentación del informe formalizado: diagnóstico, tratamiento que precisa, actitud del médico de atención primaria ante exacerbaciones, recomendaciones sobre fármacos a evitar, etc.
- Destino: la gran mayoría de los pacientes podrán ser derivados a su médico de atención primaria con el informe para su seguimiento. Aquellos en los que se diagnostique una enfermedad neurológica subyacente, serán remitidos a las consultas de neurología correspondientes para seguimiento.

Seguimiento por su médico de atención primaria:

- Seguimiento en función de las recomendaciones prescritas.

OTROS PROCESOS

Otros motivos de derivación a las consultas de neurología podrían seguir el proceso de visita única. La cefalea podría ser uno de ellos, con gran repercusión debido al gran volumen de pacientes que supone. En esta patología concreta, un tiempo suficiente de consulta que permita una correcta anamnesis, junto a una



exploración neurológica, puede diagnosticar correctamente la mayoría de los pacientes sin precisar prueba complementaria ni revisión posterior. Podría acompañarse una prueba de neuroimagen (p.e TAC craneal) solicitado por su médico de atención primaria, siempre que se cumplieran unas características asociadas (signos de alarma, edad...).

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A CONSULTAS NEUROLÓGICAS DE REVISIÓN

Desde la consulta de neurología inicial se derivarán a las consultas de neurología general / específicas a aquellos pacientes que precisen de un seguimiento diagnóstico y/o terapéutico por un neurólogo.

- Pacientes derivados: aquellos con enfermedad neurológica progresiva (enfermedades degenerativas tipo demencias, parkinsonismos, neuromusculares, enfermedades desmielinizantes, etc) y en aquellos casos de procesos no progresivos que precisen un tratamiento o seguimiento neurológico específico (algunos tipo de cefaleas, enfermedad cerebrovascular, etc).
- Informe formalizado con sospecha diagnóstica y pauta de tratamiento iniciada.
- Solicitud de pruebas complementarias que se precisen, para que el paciente acuda a la consulta derivada con las pruebas realizadas.

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO EN LAS CONSULTAS DE REVISIÓN (neurología general / monográficas)

- Tiempo de consulta: 20-30 minutos
- Procedencia de pacientes: desde la consulta de neurología (inicial) con informe formalizado.
- Revisiones (30 minutos), que pueden ser de dos tipos:
 - o Periódicas: cada 6 ó 12 meses, en función de la patología y su fase evolutiva
 - o Urgentes / no programadas: los pacientes deben poder solicitar una revisión antes de la programada (exacerbaciones de enfermedad, efectos secundarios de medicación, solicitud de informes...)
- Altas: en los casos en los que el paciente sea alta, se les adjuntará un informe completo con el resumen de su proceso, pruebas complementarias realizadas y recomendaciones para su seguimiento. Este informe (una copia) debe quedar en posesión del paciente para que sea presentado en cuantas consultas médicas realice.



REFERENCIAS

- Análisis de la asistencia neurológica en el distrito sanitario Marina Alta. Junio 1992 a julio 1996 [tesis doctoral]. J Morera-Guitart . Alicante: Universidad de Alicante; 1996.
- Epidemiología descriptiva de la asistencia neurológica ambulatoria en el área Vega Baja (Alicante) A.P. Sempere a, S. Mola a, V. Medrano, T. Esguevillas, C. Costa, V. Salazar , J. Flores-Ruiz , J. Custardoy. *Rev Neurol* 2002; 35: 822-6
- Asistencia neurológica ambulatoria en el área de la Marina Baja, Alicante. N. Pérez-Carmona, R.M. Sánchez-Pérez, I. Abellán-Miralles, C. Díaz-Marín. *Rev Neurol* 2004; 39: 607-13
- Asistencia neurológica ambulatoria en España. Pasado, presente, ¿futuro?. J. Morera-Guitart. *Rev Neurol* 2005; 41 (2): 65-67
- Baquero M, Domínguez FJ, Vilchez JJ, Sevilla T, Casanova B. La asistencia médica en neurología: perspectiva actual desde los datos iniciales de una consulta extrahospitalaria. *Rev Neurol* 1994; 22: 427-31.
- Muñoz R. Asistencia neurológica extrahospitalaria. Estudio prospectivo de las zonas de salud del área 13, consultores al centro de especialidades de Sueca (1992-1993). *Rev Neurol* 1994; 22: 435-6
- Catalá J. La asistencia neurológica en los hospitales de área y centros de especialidades de la Comunidad Valenciana en 1994. *Rev Neurol* 1995; 23: 1111-5.
- Estudio transversal multicéntrico de la asistencia neurológica extrahospitalaria en la Comunidad Valenciana. J Morera-Guitart. *Rev Neurol* 1998; 27: 438-46.
- Huerta-Villanueva M, Baiges-Octavio JJ, Martín-Ozaeta G, Muñoz-Farjas E, Rubio-Borrego F. Evolución de la demanda de asistencia neurológica ambulatoria y patología atendida en la consulta de Neurología de la región sanitaria de Tortosa, Tarragona. *Rev Neurol* 2005; 41: 68-74.
- Análisis Descriptivo de la Asistencia Ambulatoria en Elche. N Lopez-Hernandez. Alicante. Reunion de la SEN. 2006
- Metodología de Gestión del Caso en la Asistencia Neurologica Ambulatoria. Valencia. Reunión de la SEN. 2006
- Registro de la Actividad Asistencial Neurologica ambulatoria del area 9. L Lacruz. Valencia. Reunión de la SVN. 2006
- Galiano R, García M, Catalá J. Datos de Asistencia ambulatoria en sagunto (sin publicar) 2006