

PROTOCOLO DE INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES/ACOMPAÑANTES

SECCIÓN DE NEUROLOGÍA

1. INTRODUCCIÓN.

La Ley General de Sanidad (art. 10.5.) dispone que los profesionales tienen el deber de informar al paciente en forma verdadera, comprensible y adecuada a sus necesidades, de la finalidad y la naturaleza de la intervención médica, incluyendo sus consecuencias y riesgos. Esta información ayudará al paciente a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. En caso de incapacidad, según criterio médico, la información se facilitará a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

El presente protocolo de la Sección de Neurología del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, pretende ofrecer a los Facultativos unas pautas generales para desarrollar adecuadamente las actividades de información a los pacientes y familiares/acompañantes, en sus vertientes asistencial y no asistencial (trámites administrativos, etc.), y ha sido establecido por consenso entre todos sus miembros.

2. OBJETIVO.

Establecer unas recomendaciones generales para mantener una información continua dirigida a todos los pacientes y familiares/acompañantes, durante todo el proceso asistencial responsable de la Sección de Neurología.

3. CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN.

3.1. Información directa.

La información asistencial ofrecida a pacientes y familiares/acompañantes se realizará de acuerdo a las siguientes premisas básicas:

- La realizará el facultativo especialista de la Sección de Neurología responsable de la atención del paciente, debidamente identificado (nombre, grupo profesional), tanto por la tarjeta acreditativa del Hospital, como mediante presentación personal.
- Respetando siempre los principios de intimidad y confidencialidad.
- De manera preferente, y casi exclusiva, mediante transmisión oral (no telefónica), reservando la información escrita para informes (de alta hospitalaria, de consultas externas...) y consentimiento informado para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que puedan suponer algún riesgo para el paciente (4.5.).

La información asistencial incluye también otros recursos humanos sanitarios, como enfermería y personal auxiliar:

- Información específica sobre la Sección y Unidad donde está siendo atendido el paciente (Protocolos de Acogida).
- Información sobre educación sanitaria básica, cuidados específicos (posturas, alimentación, etc.), administración parenteral de soluciones y fármacos...
- Información necesaria para la utilización óptima de los servicios que ofrece el Centro.

Todos los profesionales, sanitarios y no sanitarios, tienen la responsabilidad de ofrecer una información no asistencial, atendiendo con amabilidad y corrección las demandas solicitadas de forma justificada por pacientes y familiares/acompañantes.

3.2. Información telefónica.

La información ofrecida por teléfono debe tener un carácter excepcional, sobre todo en la información asistencial y en los datos referidos a trabajadores del centro.

4. PROTOCOLOS DE INFORMACIÓN EN DIFERENTES SITUACIONES.

4.1. Información en Consultas Externas.

Será ofrecida por el facultativo responsable de la atención al paciente, al terminar la consulta. En el informe de Consultas Externas siempre debe constar:

- Nombre del facultativo, número de Colegiado, firma y fecha de la consulta.
- Comentarios y evolución de la patología.
- Juicio diagnóstico.
- Necesidad de tratamiento (farmacológico -nombre del fármaco, dosis, duración del tratamiento-, otros).
- Necesidad de establecer citas de revisión.
- Información y consentimiento informado en determinadas situaciones (4.5.).

En situaciones especiales (por ejemplo, pacientes con deterioro cognitivo, trastornos del lenguaje, retraso mental, menores de edad) se informará al familiar/acompañante o representante legal.

4.2. Información en el Área de Urgencias.

Será ofrecida por el facultativo responsable de la atención al paciente durante el horario de mañana, y por el facultativo de guardia de Neurología, en horario de tarde y fines de semana/días festivos.

4.2.1. Recepción del paciente y espera para la atención.

Ante una atención médica en urgencias, inicialmente el personal administrativo solicitará un documento que acredite inequívocamente la identidad del paciente.

Posteriormente, el personal de información y acogida orientará al paciente y familiares/acompañantes durante su estancia en el Área de Urgencias. De la misma forma,

ofrecerá información sobre la ubicación del paciente (a intervalos aproximados de dos horas) y servirá como medio de comunicación entre el paciente y sus familiares/acompañantes.

4.2.2. Proceso de atención.

Si después de la evaluación inicial realizada por facultativos del Área de Urgencias, se considera necesaria la participación de la Sección de Neurología, el facultativo especialista en Neurología informará en un plazo máximo de dos horas, sobre:

- Aproximación diagnóstica y plan de actuación.
- Pronóstico de la situación.
- Diferentes procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Tiempo estimado para su evaluación integral, según la prioridad asignada.

En caso de imposibilidad de cumplir estos plazos, el personal sanitario contactará con el paciente y familiares/acompañantes para reevaluar la situación clínica del paciente e informar del retraso y del tiempo estimado para su atención.

Si el paciente es atendido de forma aislada, se facilitará la información a los familiares/acompañantes que él mismo designe.

En situaciones especiales (por ejemplo, pacientes con deterioro cognitivo, trastornos del lenguaje, retraso mental, menores de edad) se informará a familiar o representante legal, quien podrá acompañar de forma permanente al paciente.

4.2.3. Finalización de la atención.

Al finalizar el proceso de atención en Urgencias, se informará sobre la evolución del paciente durante su estancia en Urgencias, resultados de los exámenes complementarios, eventual evaluación por otras Especialidades, y el juicio clínico. Por último, se ofrecerá información sobre el destino del paciente:

- Alta a domicilio: siempre se deberá informar sobre los siguientes aspectos:
 - Necesidad de seguimiento ambulatorio por Medicina de Familia/Especialidades
 - Necesidad de tratamiento (farmacológico -nombre, dosis, duración, posibles efectos secundarios-, dietético, postural, ortopédico...
 - Posible evolución clínica (síntomas/signos de alarma...)
 - Procedimiento para solicitar asistencia médica en el domicilio si existen cambios clínicos (Centro de Salud, Emergencias 112)
- Observación en el Área de Urgencias por facultativos del Área de Urgencias y Neurología: se informará sobre el tiempo estimado de estancia en la Unidad de Observación, así como sobre las normas de funcionamiento interno (horarios de visita, permanencia de familiares/acompañantes, etc.).
- Ingreso hospitalario: se facilitará el nombre de la Unidad de Neurología que será responsable del paciente (Neurología General, Unidad de Ictus), así como el tiempo de espera estimado para su ingreso. En situaciones especiales (pacientes con patología grave)

y previamente al ingreso, se contactará con el facultativo responsable de la unidad de hospitalización, para transmitir directamente la información clínica oportuna. En el informe de ingreso hospitalario deben constar las actitudes diagnósticas y terapéuticas a seguir en la planta de hospitalización, así como la información ofrecida a pacientes y familiares/acompañantes.

- Traslado a otro centro de hospitalización: previa información al paciente y familiares/acompañantes sobre la necesidad de traslado a otro centro, el facultativo responsable confirmará la recepción del paciente a través de la Coordinación de SUMMA (disponibilidad de camas), contactará telefónicamente con el médico que recibirá al paciente (información de las características y situación clínica, y confirmación de la aceptación del traslado) y solicitará el traslado por el medio que se considere oportuno (UVI, ambulancia...).

4.3. Información en Hospitalización – Neurología General.

4.3.1. Recepción del paciente.

Al llegar a la planta de hospitalización de Neurología, el personal Auxiliar/Enfermería aplicará el protocolo de recepción inicial establecido, entregando al paciente y familiares/acompañantes la Guía de Acogida del SERMAS y el tríptico de acogida del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

4.3.2. Durante la hospitalización.

La información será ofrecida por el facultativo responsable de la atención al paciente durante el horario de mañana, y por el facultativo de guardia de Neurología, en horario de tarde y fines de semana/días festivos.

La información a los pacientes se realizará preferentemente en la habitación de hospitalización (en general, en el momento de la visita médica).

La información a familiares/acompañantes se realiza después de la visita médica ordinaria, y según las circunstancias en diferentes lugares:

- Preferentemente, en el despacho destinado a tal efecto en la planta 3ª B y en horario de 13-14 horas, los días laborables.
- En la habitación de hospitalización, después de la visita médica.

El contenido y la periodicidad de la información se ha establecido de la siguiente manera:

- Inicial: en las primeras 24 horas del ingreso, excepto fines de semana/festivos. Después de la evaluación inicial en planta de hospitalización, el facultativo informará sobre la impresión general de la patología del paciente, exámenes complementarios diagnósticos y tratamientos previstos, situación pronóstica (gravedad) y tiempo de estancia aproximado previsto. Así mismo, el personal de enfermería y auxiliar informará sobre el régimen de visitas: horario de visitas, permanencia en la habitación (una persona las 24 horas del día, no más de dos acompañantes por paciente), deber de no permanecer en los pasillos.

- Diaria: en horario de mañana, excepto fines de semana/festivos. Esta información hará referencia fundamentalmente a la evolución clínica del paciente y resultados de pruebas diagnósticas, así como al tiempo aproximado de estancia y planificación del alta.

- Extraordinaria: en situaciones especiales (gravedad, cambios inesperados en la situación clínica), cuando el facultativo responsable lo considere necesario, o el familiar/acompañante lo demande justificadamente, se ofrecerá una información extraordinaria fuera de lo establecido como norma general (en lugar y horario que se considere más adecuado).

4.3.3. Finalización de la hospitalización.

En el momento del alta hospitalaria, se informará sobre el diagnóstico final y el tratamiento posterior (verbal y mediante informe escrito) -PG/UCAL/12-.

4.4. Información en Hospitalización – Unidad de Ictus.

4.4.1. Recepción del paciente.

Al llegar a la Unidad, el personal de enfermería entregará el díptico específico de información para pacientes y familiares/acompañantes (RC/NRL/01 Ed. 1, Agosto 2017).

4.4.2. Durante el ingreso en la Unidad de Ictus.

La información será ofrecida por el facultativo responsable de la Unidad durante el horario de mañana, y por el facultativo de guardia de Neurología, en horario de tarde y fines de semana/días festivos.

La información a los pacientes se realizará en la habitación de hospitalización de la Unidad (en general, en el momento de la visita médica).

La información a familiares/acompañantes se realiza después de la visita médica ordinaria, y preferentemente, en el lugar destinado a tal efecto en la planta 3ª B (adyacente al despacho médico) y en horario aproximado 13'30 horas, los días laborables. Se facilitará información simultáneamente a un máximo de dos personas por día.

El contenido y la periodicidad de la información se ha establecido de la siguiente manera:

- Inicial: se realizará tras el ingreso en la Unidad. El facultativo informará sobre la impresión general de la patología del paciente, exámenes complementarios diagnósticos y tratamientos previstos (incluyendo terapia fibrinolítica intravenosa, previa firma del consentimiento informado correspondiente), eventual necesidad de traslado urgente al centro hospitalario de referencia para tratamiento endovascular o neuroquirúrgico, situación pronóstica (gravedad) y tiempo de estancia aproximado previsto. Así mismo, se informará sobre el régimen de visitas: horario de visitas (12'30-13'30 horas y 17-18'30 horas), permanencia en la habitación (una persona las 24 horas del día, no más de dos acompañantes por paciente), deber de no permanecer en los pasillos.



- Diaria: en horario de mañana, excepto fines de semana/festivos. Esta información hará referencia fundamentalmente a la evolución clínica del paciente y resultados de pruebas diagnósticas, así como al tiempo aproximado de estancia y planificación del alta.
- Extraordinaria: en situaciones especiales (gravedad, cambios inesperados en la situación clínica), cuando el facultativo responsable lo considere necesario, o el familiar/acompañante lo demande justificadamente, se ofrecerá una información extraordinaria fuera de lo establecido como norma general (en lugar y horario que se considere más adecuado).

4.4.3. Finalización del ingreso en la Unidad de Ictus.

En el momento del alta hospitalaria, se informará sobre el diagnóstico final y el tratamiento posterior (verbal y mediante informe escrito), así como la necesidad de revisiones. Por otra parte, cuando sea necesario se entregará un informe de enfermería (cuidados especiales) y se realizará la gestión de ambulancia para el traslado del paciente.

4.5. Información y consentimiento para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Los facultativos de la Sección de Neurología informarán de forma verbal y mediante protocolos escritos sobre la necesidad de realizar pruebas diagnósticas y tratamientos que puedan suponer algún riesgo para el paciente. La información será ofrecida por el facultativo que prescriba y por el que realice la prueba o tratamiento, previamente y tras finalizar el procedimiento.

La Sección de Neurología dispone de diversos protocolos de información y consentimiento para la realización de estas pruebas diagnósticas y tratamientos, que han sido aprobados por la Comisión de Calidad del Hospital.

En la actualidad existen a disposición de los pacientes y familiares/acompañantes los siguientes protocolos:

- Procedimientos diagnósticos: estudio neurofisiológico EMG (CI/NRL/05), punción lumbar (CI/NRL/08), biopsia de arteria temporal (CI/NRL/10), biopsia muscular (CI/NRL/11), biopsia de nervio sural (CI/NRL/12), test de burbujas con doppler transcraneal (CI/NRL/24),
- Pruebas radiológicas: resonancia magnética (CI/NRL/01), administración de contraste yodado intravenoso (CI/RAD/06).
- Tratamientos: Unidad de Trastornos del Movimiento (toxina botulínica en distonía cervical -CI/NRL/13-, toxina botulínica en distonía de extremidades -CI/NRL/14-, toxina botulínica en espasticidad -CI/NRL/15-, toxina botulínica en blefaroespasma -CI/NRL/16-, toxina botulínica en espasmo hemifacial -CI/NRL/17-, apomorfina -CI/NRL/18-), Unidad de Cefaleas (toxina botulínica -CI/NRL/23-), Unidad de Esclerosis Múltiple (interferón beta 1a -CI/NRL/01 y 07-, interferón beta 1b -CI/NRL/02 y 06-, azatiprina -CI/NRL/03-, acetato de glatiramero -CI/NRL/04-, mitoxantrona -CI/NRL/09-), Unidad de Ictus (Rt-PA -CI/NRL/19, 20 y 21-), otros (inmunoglobulinas intravenosas -CI/NRL/22-).
- Traslado a otros centros para tratamiento endovascular en el infarto cerebral (CI/NRL/25).