

la velocidad de infusión de 40 mg/min. No se detectaron efectos secundarios importantes.

**Conclusiones:** A pesar de las limitaciones la LCM es un fármaco útil y una alternativa en el tratamiento del status, fundamentalmente en los sintomáticos y no convulsivos. La eficacia parece aumentar cuando se administra más precozmente.

### SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON STATUS EPILEPTICUS (SE): PRONÓSTICO, RECURRENCIA Y SUPERVIVENCIA AL CABO DE UN AÑO

E. Santamarina Pérez<sup>1</sup>, M. Toledo Argany<sup>1</sup>, M. Sueiras Gil<sup>2</sup>, N. Ailouti Caballero<sup>2</sup>, J. Durà Miralles<sup>1</sup>, Láinez Samper, E.<sup>2</sup>, I. Porta Pampalona<sup>3</sup>, R.M. Gracia Gozalo<sup>3</sup>, J. Granda<sup>1</sup>, K. Rahnama Zand<sup>2</sup>, M. Quintana Luque<sup>1</sup>, J. Álvarez Sabin<sup>1</sup> y J. Salas Puig<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología; <sup>2</sup>Servicio de Neurofisiología Clínica; <sup>3</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospitals Vall d'Hebron.

**Objetivos:** Establecer el pronóstico de pacientes con SE tras un año de seguimiento.

**Material y métodos:** Realizamos un seguimiento prospectivo de todos los pacientes con SE desde junio-2010 a junio-2011. Recogimos características de los pacientes, tipo de SE, etiología, refractariedad, recurrencia, aparición de crisis posteriores en no epilépticos, tasa de mortalidad y causa de muerte.

**Resultados:** Evaluamos 61 SE: 11 (18%) convulsivo, 16 (26%) no convulsivo y 34 (55%) con sintomatología motora mínima (menor). Respecto a la etiología: 32 (52%) sintomático agudo, 21 (34%) sintomático retardado, 5 (8%) criptogénico y 3 (5%) en el contexto de EGI. Se consideraron refractarios 26 (42%). Al año, recurrieron el 15% (9), se presentaron crisis aisladas en 16 de los no epilépticos previos, y la tasa de mortalidad fue del 34% (21): 15 (71%) por el SE o su causa, y 6 (29%) por causa no relacionada. La mortalidad se asoció al sexo masculino ( $p = 0,032$ ), la etiología (sintomático agudo y criptogénico;  $p = 0,03$ ), y con una tendencia en el tipo menor ( $p = 0,08$ ). En los supervivientes, la recurrencia de SE fue mayor en los lesionales y los tóxicos ( $p = 0,034$ ), en aquellos que desarrollaron epilepsia ( $p = 0,019$ ), y en los de mayor duración ( $p = 0,083$ ). La aparición de farmacoresistencia fue más frecuente en los pacientes con antecedentes de epilepsia ( $p = 0,045$ ).

**Conclusiones:** Un tercio de los pacientes con SE son exitos al año de seguimiento, relacionándose con la causa, el sexo y el tipo. En los supervivientes, la recurrencia se asoció a la etiología del ictus, al desarrollo posterior de epilepsia y la duración. En los ya epilépticos se relacionó con un posterior peor control de las crisis.

## Gestión y asistencia neurológica

### PLAN ESTRATÉGICO DE NEUROLOGÍA DE LOS HOSPITALES DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD EN EL ENTORNO A LA LIBRE ELECCIÓN 2011-2015

L. Vela Desojo<sup>1</sup>, E. Díez Tejedor<sup>2</sup>, E. López Valdés<sup>3</sup>, D. Pérez Martínez<sup>4</sup>, B. Martínez Menéndez<sup>3</sup>, J. Masjuán Vallejo<sup>6</sup>, J. Vivancos Mora<sup>7</sup>, J.C. Martínez Castrillo<sup>6</sup>, L. Castillo Moreno<sup>1</sup>, R.M. de Andrés de Colsa<sup>8</sup>, J.A. García Merino<sup>9</sup>, A. Gil Núñez<sup>10</sup>, J. Matías Guiu<sup>3</sup> y F. Bermejo Pareja<sup>11</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz. <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos. <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Infanta Cristina. <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe. <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal. <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. <sup>8</sup>Comunidad de Madrid. Subdirección General de Hospitales. <sup>9</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. <sup>10</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. <sup>11</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre.

**Objetivos:** La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (CM) ha promovido la elaboración de un Plan Estratégico de los Servicios de Neurología de dicha Comunidad para los años 2011-2015. Objetivo: elaborar un documento que analice la situación actual de la neurología y proponga las líneas futuras de desarrollo de la Neurología en los hospitales de la CM, en el nuevo entorno creado por la libertad de elección y el área única.

**Material y métodos:** La Consejería eligió un Responsable del Plan y el Presidente del Comité Asesor de un listado de neurólogos facilitados por los Jefes de Servicio. Se eligieron los miembros de los Comités Asesor y Técnico y los Redactores. Se establecieron 5 Comisiones: Concepto de la especialidad, Relaciones con Atención Primaria (AP), con la Urgencia y otras especialidades, Relaciones interhospitalarias y Futuro. Cada comisión formada por entre 5 y 9 neurólogos. Fuente de datos: Sistema de información de atención especializada (SIAE)-Dirección General de Hospitales y Respuestas de encuestas enviadas a Jefes de Servicio y Tutores de Neurología de los hospitales de la CM.

**Resultados:** Participaron 45 neurólogos, un internista y 4 médicos de AP. Se elaboró un documento y 8 anexos. Se establecieron 5 ejes estratégicos: Asistencial, Docente, Investigación, Nuevos modelos organizativos y Aplicación de nuevas tecnologías. Se propusieron 29 objetivos, cada uno con Planes de Acción a corto, medio y largo plazo.

**Conclusiones:** Es la primera vez que las autoridades sanitarias de una Comunidad Autónoma cuentan con los especialistas para el diseño de un Plan Estratégico de Neurología.

### ANÁLISIS DE MODOS DE FALLO Y SUS EFECTOS APLICADO AL PROCEDIMIENTO DE QUIMIOTERAPIA INTRATECAL

P. de la Riva Juez, M. Urtaun Ocariz, M.T. Martínez Zabaleta, A.M. de Arce Borda, M. Arruti González, N. Gonzalo Yubero, M. Tainta Cuezva y J.F. Martí Massó

Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea.

**Objetivos:** La aplicación de quimioterapia intratecal es un procedimiento invasivo asociado a numerosos eventos adversos y un porcentaje importante de ellos puede ser consecuencia de errores humanos. En 2010 y tras un evento adverso grave, en el Hospital Donostia se puso en marcha un programa de seguridad para minimizar los riesgos asociados a este procedimiento. El objetivo es

presentar el desarrollo y la implementación de un protocolo de seguridad en la administración de quimioterapia intratecal, así como los resultados del mismo en 28 meses.

**Material y métodos:** Siguiendo la metodología AMFE (análisis modal de fallos y efectos) se creó un equipo de trabajo multidisciplinar que incluyó médicos y enfermeras de los servicios de hematología, oncología, farmacia, neurología y calidad. Se detallaron los diferentes subprocesos implicados en el procedimiento y se analizaron los modos de fallo, las causas que podrían originarlos, los efectos en el paciente y los métodos para detectarlos. Se calculó el número de priorización del riesgo para cada uno de los modos de fallo teniendo en cuenta la probabilidad de ocurrencia, detección y gravedad de cada uno. Finalmente, se definieron las acciones de mejora a realizar y los responsables de las mismas.

**Resultados:** Desde la aplicación de las acciones de mejora propuestas se han realizado 141 procedimientos de quimioterapia intratecal, sin registrarse ningún evento adverso.

**Conclusiones:** El método AMFE es una herramienta útil para mejorar la seguridad del paciente durante la aplicación de quimioterapia intratecal. Permite la identificación y prevención de eventos adversos mediante la eliminación o control de las causas que los generan.

## COMUNIDADES DE PRÁCTICA EN NEUROLOGÍA: POR QUÉ, QUÉ Y PARA QUÉ. TRANSMISIÓN DE UNA EXPERIENCIA RECIENTE EN GUIPÚZCOA

M. Martínez Zabaleta<sup>1</sup>, J.A. Larrea Peña<sup>2</sup>, I. Mendiburu<sup>1</sup>, B. Azcárate Ayerdi<sup>3</sup>, C. Etxeberria<sup>4</sup>, J.A. Redín<sup>5</sup>, J.R. Guridi<sup>4</sup>, M.A. Landa Elizondo<sup>6</sup>, M. Gago Moreda<sup>7</sup>, N. Lizarraga Errea<sup>8</sup>, R. Goikoetxea Garmendia<sup>9</sup>, S. Medel Lareo<sup>10</sup>, J. Retegui Ormazábal<sup>10</sup> y A. Arbonies<sup>10</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología; <sup>2</sup>Servicio de Neuroradiología; <sup>3</sup>Servicio de Cuidados Médicos Intensivos; <sup>4</sup>Servicio de Paciente; <sup>5</sup>Servicio de Urgencias; <sup>6</sup>Servicio de Asistencia Social; <sup>7</sup>Servicio de Medicina de familia; <sup>8</sup>Servicio de Rehabilitación; <sup>9</sup>Servicio de Cirugía Vasculat; <sup>10</sup>Unidad de Gestión del Conocimiento. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea.

**Objetivos:** Las comunidades de práctica (CoP) son grupos de personas que comparten un interés común. Están constituidas con el fin de desarrollar un conocimiento especializado, compartiendo aprendizajes basados en la reflexión sobre experiencias prácticas. Ofrecen una estructura formal que permite adquirir más conocimiento a través de las experiencias compartidas y buscan en una fase final, la mejora de dicha práctica. El objetivo de este trabajo es el de trasladar una experiencia reciente en torno a la CoP Ictus de Gipuzkoa.

**Material y métodos:** El ictus es una patología que exige un tratamiento multidisciplinar, frecuentemente multidepartamental y sistematizado. El conocimiento en torno a esta patología mantiene un alto ritmo de desarrollo, lo que dificulta su seguimiento. Identificada la necesidad, constituimos un grupo formado por profesionales sanitarios, no sanitarios y pacientes. Realizamos reuniones mensuales en las que compartimos opiniones, comentarios e información sobre dicho proceso.

**Resultados:** Constituido un grupo sólido de personas interesadas en el ictus o grupo promotor, comenzamos en la fase actual a generar y compartir información que depositamos en un espacio común y accesible (web 2.0).

**Conclusiones:** La celeridad en el desarrollo, complejidad y obsolescencia del conocimiento, exigen desarrollar nuevas formas de aprendizaje. Las comunidades de práctica pueden ser un método adecuado para alcanzar dicho fin. La CoP Ictus de Guipúzcoa es una de las primeras experiencias en nuestro ámbito de conocimiento.

## DIFERENCIAS ENTRE LA ACTIVACIÓN DEL CI DESDE UN HOSPITAL COMUNITARIO Y LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS

B. Palazón Cabanes<sup>1</sup>, E. Andreu Reinón<sup>1</sup>, M. Cerdán Sánchez<sup>1</sup>, R. Carrasco Torres<sup>1</sup>, M. Navarro Lozano<sup>1</sup>, A. Torres Perales<sup>2</sup>, L. Hernando Arizalete<sup>1</sup>, E. Quero Motto<sup>3</sup>, L. Muñoz Jimeno<sup>3</sup> y A. Morales Ortiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología; <sup>2</sup>Servicio de Medicina. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Reina Sofía.

**Objetivos:** Analizar diferencias entre pacientes remitidos como CI desde servicios de emergencias extrahospitalarias y remitidos desde puerta urgencias de otros hospitales.

**Material y métodos:** Análisis comparativo de CI activados desde emergencias médicas y otros hospitales en 4 meses.

**Resultados:** De 108 CI activados en nuestra área influencia en 4 meses, 79 (73%) fueron CI servicios de emergencias con edad media 70,2 y 54,4% varones y 29 (26,8%) CI hospitales comunitarios, con edad media 69,41y 72,4% varones. El % CI desactivados fue 73,4% en CI servicios emergencias y 82,7% en CI hospitales comunitarios. Causas más frecuentes de desactivación en CI servicios emergencias fueron inicio desconocido de síntomas (22,7%), y hemorragia intracraneal (20,2%), mientras que en CI hospitales comunitarios la desactivación fue por mejoría franca y/o síntomas menores (34,4%). Tiempo hasta la atención por neurólogo fue 178 minutos en CI servicios emergencias mientras que se demoró 271 minutos cuando la activación fue desde hospitales comunitarios. Se trombolizó (iv/ia) a 26,6% de pacientes remitidos desde emergencias y al 17,2% de aquellos procedentes de hospitales comunitarios. No se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en características clínicas de pacientes, % fibrinólisis y desactivación del CI ni en tiempos de llegada (analizados como porcentaje de pacientes que llegaron en < 1,2 y 3 horas).

**Conclusiones:** Pacientes derivados desde servicios emergencias médicas en nuestra área presentan mejores tiempos con mayor posibilidad de ser tratados. Habría que mejorar la activación del CI desde emergencias o instaurar telemedicina en algunos hospitales comunitarios.

## SISTEMAS DE APOYO A LA TOMA DE DECISIONES EN ENTORNOS ASISTENCIALES

J.M. Bernal Blanco<sup>1</sup>, D. López Rodríguez<sup>2</sup>, R. de Abajo Llamero<sup>3</sup>, G. Guerrero Pertinhez<sup>4</sup> y A. García Linares<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Proyectos; <sup>2</sup>Servicio de Neuroimagen; <sup>3</sup>Departamento de Gestión del Conocimiento; <sup>4</sup>Psicología; <sup>5</sup>Dirección. Brain Dynamics.

**Objetivos:** El aumento de la información que disponemos en el momento de la toma de decisiones junto con la aparición de entornos de alta incertidumbre, hace cada vez más necesarios la aparición de sistemas que permitan a los profesionales la mejora en la toma de decisiones diaria basada fundamentalmente en la recopilación y visualización de la información necesaria en cada momento tanto en tamaño, formato y ubicación de la misma. Determinar la estructura más apropiada para los sistemas de apoyo a la toma de decisiones en entornos asistenciales.

**Material y métodos:** Se han estudiado los diferentes modelos existentes de manera que podamos extraer las características fundamentales de cada uno de ellos permitiéndonos la creación de un nuevo modelo que se adapte perfectamente a las características del entorno asistencial en el que nos encontramos.

**Resultados:** Tras la puesta en práctica de este tipo de sistemas en proyectos relacionados con gestión del conocimiento en ambientes clínicos, se ha obtenido una respuesta positiva por parte de los expertos clínicos encargados de la evaluación del sistema,

evidenciada en la disminución del tiempo necesario para obtener toda la información, la calidad de la misma y la visualización en el formato y tamaño adecuado adaptándose a las diferentes necesidades requeridas.

**Conclusiones:** Tras la revisión realizada en este trabajo aplicando la metodología anterior se ha llegado a la conclusión que la utilización de estos sistemas en entornos asistenciales genera un beneficio al profesional que repercute en la calidad asistencial del mismo.

### ANÁLISIS DE LA DERIVACIÓN A NEUROLOGÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE EL USO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

J.V. Escudero Torrella<sup>1</sup>, E. Cantó Rodríguez<sup>2</sup>, J. Mascarell Estrada<sup>1</sup> y J. Sánchez Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. <sup>2</sup>Servicio de Oficina Abucasis. Departamento Valencia Hospital General.

**Objetivos:** El volumen de derivación desde atención primaria es uno de los datos más importantes para gestionar la asistencia neurológica ambulatoria. Se puede estimar en origen (Centro de Atención Primaria, CAP) o en destino (Centro de Especialidades, CE). La Historia Clínica Electrónica (HCE) facilita dicha estimación, aunque puede presentar dificultades. Analizamos cuantitativamente la derivación en nuestro departamento y los problemas encontrados en su evaluación.

**Material y métodos:** Estudiamos las derivaciones en 2011, desde cada CAP a nuestros dos CE (A: 213.186 hab y B: 151.098 hab), a partir de los datos del Datamart de SIA (Sistema de Información Ambulatorio) de la HCE de la Comunidad Valenciana y los registros en IRIS de los CE, con la hipótesis previa de que ambas cifras deberían ser coincidentes. Nº de derivaciones registrado en SIA y Porcentaje ( $\times 1.000$  hab/año) Nº de primeras visitas de neurología registrado en IRIS.

**Resultados:** Derivaciones en SIAA: 4.679 (21,9%) y B: 4.695 (31%). Primeras en IRIS A: 4.574, y B: 3.196 Derivación media SIA: 24,9% (7-36).

**Conclusiones:** Nuestro porcentaje de derivación está en el rango alto de la literatura. En A ambas cifras son parecidas, pero en B, la diferencia es llamativa (-1.499). Esto podría explicarse por el uso menor o erróneo de la HCE (envío en papel, captura inadecuada del tipo de visita, o entrada de revisiones como primeras). La coexistencia de dos plataformas tecnológicas (IRIS y SIA) y el uso concomitante del papel y electrónico, puede restar validez a los indicadores obtenidos mediante la HCE.

### ESTUDIO PROSPECTIVO DE INTERCONSULTAS REALIZADAS A NEUROLOGÍA DURANTE UN AÑO

J. Marín Lahoz, I. Zubizarreta Nafarrete y J. Pagonabarraga Mora

Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

**Objetivos:** Las interconsultas (ICs) hospitalarias son una parte importante de la asistencia realizada por un servicio de neurología. A diferencia de las consultas externas y los ingresos no suelen cuantificarse. El objetivo es describir las ICs realizadas a un servicio de neurología durante un año.

**Material y métodos:** Registro prospectivo de las ICs realizadas desde mayo de 2011 a abril 2012. Quedan excluidas las ICs para pruebas diagnósticas. Tampoco están incluidas las ICs provenientes de nefrología y urología debido a que pertenecen a la Fundación Puigvert. Se han recogido distintas variables: servicio de origen, diagnósticos, destino del paciente y tipo de patología. Hemos realizado estadística descriptiva con el paquete SPSS v19.

**Resultados:** Se realizaron 542 ICs, 2 ICs por día laborable pertenecientes a 410 pacientes (1,32 ICs por paciente consultado). Los servicios que más han consultado son: cardiología 12,9%, medicina

interna 11,9%, psiquiatría 8,9% y anestesia (UCI de postoperados cardíacos) 7,2%. Las patologías más frecuentes son: neurovascular 22%, epilepsia 16,6%, trastornos de movimiento 14%, neuromuscular 11,4%, síndrome confusional 10,9% y deterioro cognitivo 7%. Destaca el bajo número de consultas realizadas por cefalea (3,7%) y la inesperada frecuencia de encefalopatía hipóxica (5,5%). El servicio de neurología realizaba seguimiento previo en un 27% de los casos y se requirió después en el 79% de los casos.

**Conclusiones:** La patología visitada en interconsultas difiere de la patología habitual en pacientes ambulatorios e ingresados en neurología. Estos datos pueden ser de utilidad a la hora de planificar los servicios de neurología.

### PROCESO CRÓNICO INTEGRADO DE ATENCIÓN A TRASTORNOS COGNITIVOS

M. Baquero Toledo<sup>1</sup>, M.D. Rosales Almazán<sup>2</sup>, A. Sabater Ferragut<sup>3</sup>, J. Ribes Cuenca<sup>3</sup>, A. Perelló Roso<sup>4</sup>, J.A. Burguera Hernández<sup>1</sup>, S. Forcano San Juan<sup>5</sup>, C. Peiró Vilaplana<sup>1</sup> y G. Andrés Navarro<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología; <sup>2</sup>Servicio de Psiquiatría; <sup>3</sup>Unitat de Curta Estada; <sup>4</sup>Unitat d'Hospitalització Domiciliària. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. <sup>5</sup>Unitat d'Hospitalització Domiciliària. Hospital Universitario Dr. Peset.

**Objetivos:** Un grupo de trabajo multidisciplinar de nuestro Departamento ha consensuado un modelo asistencial para pacientes con trastornos cognitivos como un Proceso Crónico Integrado de Atención. Describimos dicho proceso y algunos resultados de su aplicación en un grupo de manejo especialmente conflictivo como el de pacientes afectados por demencia con grave trastorno de conducta.

**Material y métodos:** Participan en la iniciativa Atención Primaria, Neurología, Psiquiatría, Unidad de Hospitalización Domiciliaria, Unidad de Corta Estancia y Asistencia Social. El Proceso Crónico Integrado define misión, objetivos y roles de cada participante, así como criterios de derivación entre ellos. En pacientes con demencia y grave trastorno de conducta se favorece la atención domiciliaria con seguimiento programado. Describimos esta actividad entre febrero del 2010 y noviembre de 2011.

**Resultados:** 27 pacientes, 17 mujeres, 10 varones, edad media 81 años, rango 55-89, identificados fundamentalmente en Neurología, con grave trastorno conductual asociado a demencia en diverso grado, han sido atendidos de acuerdo al procedimiento en su domicilio durante un tiempo limitado. La actuación resulta resolutoria especialmente por un alto grado de satisfacción en cuidadores y la reducción del número de actuaciones programadas y urgentes en el resto de niveles de atención.

**Conclusiones:** La atención integral puede mejorar cualitativa, cuantitativa y económicamente la asistencia sanitaria. En un grupo de pacientes con fenomenología muy disruptiva a nivel sociofamiliar, cuyo manejo fácilmente produce yatrogenia y que puede sobrecargar múltiples niveles de asistencia, un modelo específico de atención integrada ha producido una actuación resolutoria muy bien valorada en el entorno del paciente.

### FACTORES ASOCIADOS A LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE PACIENTES CON DEMENCIA VASCULAR

R. Manso Calderón<sup>1</sup>, P. Cacabelos Pérez<sup>1</sup>, M.D. Sevillano García<sup>1</sup>, M.E. Herrero Prieto<sup>2</sup>, M. Moreno García<sup>3</sup>, M.T. García Hernández<sup>3</sup> y J. Cacho Gutiérrez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Salamanca.

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital de El Bierzo. <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Complejo Asistencial de Ávila.

**Objetivos:** Determinar los factores sociodemográficos y clínicos que contribuyen a la institucionalización de pacientes con demencia vascular (DV).

**Material y métodos:** Reclutamiento prospectivo de pacientes con DV (criterios NINDS-AIREN) atendidos en consultas de neurología de Salamanca y Ávila entre 2006-2007 y 2010-2011, respectivamente. Se recogieron características de la DV, datos sociodemográficos y comorbilidades. Se analizaron y compararon estadísticamente las variables en ambos grupos para valorar diferencias significativas entre ellas.

**Resultados:** Se incluyeron 150 pacientes; de edad  $78,2 \pm 7,2$  años, 50,6% eran varones. El 28% de los pacientes fueron institucionalizados. No hubo diferencias significativas entre grupos (institucionalizados vs no institucionalizados) en función del tipo de DV (cortical o multifarcto vs subcortical), tiempo de evolución de la demencia, ictus previos o gravedad del ictus, depresión, área rural o urbana, hipertensión, diabetes, dislipemia, tabaquismo, alcohol, cardiopatía o polimedicación. En el grupo de institucionalizados se encontró una mayor proporción de mujeres [OR = 2,34, IC (1,12-4,88),  $p = 0,02$ ] y pacientes solteros o viudos [ $p < 0,001$ ]. Otros factores asociados de forma independiente a la institucionalización fueron una mayor edad [ $p = 0,02$ ], la presencia de síntomas psicóticos [OR = 3,14, IC (1,5-6,6),  $p = 0,02$ ] y trastornos del sueño [OR = 3,25, IC (1,52-6,93),  $p = 0,02$ ].

**Conclusiones:** Una menor red de apoyo familiar, el sexo femenino, tener más de 80 años y los síntomas asociados a la demencia que ocasionan mayor sobrecarga al cuidador (psicosis, trastornos del sueño) constituyen predictores significativos de institucionalización en pacientes con DV.

## ANÁLISIS DE LA NEUROLOGÍA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

E. López Valdés<sup>1</sup>, M. Eimil<sup>2</sup>, F. Vivancos Matellano<sup>3</sup>, A. Camacho<sup>4</sup>, J. Hernández-Gallego<sup>4</sup>, D. Hipola<sup>5</sup> y L. Vela<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos. <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Torrejón. <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz. <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre. <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Leonor. <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

**Objetivos:** Presentar los recursos neurológicos en la Comunidad de Madrid (CM) y analizar las posibles líneas futuras de desarrollo tras analizar la situación actual dentro del desarrollo del Plan estratégico de los Servicios de Neurología para los años 2011-2015 de la CM.

**Material y métodos:** Los datos se obtuvieron de encuestas realizadas a los jefes de servicio de todos los hospitales de la CM, del Sistema de información de atención especializada (SIAE) y de la Dirección General de Hospitales.

**Resultados:** En el sector público de la CM, que cuenta con una población de 6.500.000 habitantes, hay 248 neurólogos, 129 residentes. Se realizan 399.232 consultas al año de neurología, de las cuales 135.636 son primeras visitas. Hay 11.000 ingresos a cargo de neurología al año. Hay 298 camas. Se realizan guardias en 6 de los 25 hospitales de la CM. Menos del 50% tiene historia informatizada. La organización de la asistencia ambulatoria es muy desigual. El concepto de consulta monográfica es heterogéneo, aunque existen en todos los hospitales. La neurofisiología se realiza por neurólogos exclusivamente en el 25% de hospitales, por neurofisiólogos en 50% y de manera mixta en el 25%.

**Conclusiones:** En la CM existe un ratio de neurólogos en el límite inferior de las recomendaciones europeas y de la SEN. Las unidades de referencia y la superespecialización deben reorganizarse. Los sistemas de información de la asistencia ambulatoria deben mejorarse. Se debe promover la informatización y homogenización de la historia clínica.

## Neuro-oftalmología

### DISCORIA EPISÓDICA-PUPILA EN RENACUAJO (TADPOLE-SHAPE). EVIDENCIA DE DENERVACIÓN SIMPÁTICA. ¿SECUNDARIA A SÍNDROME DE SJÖGREN?

C. Roig Arnall<sup>1</sup> y J.M. de Llobet Zubiaga<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología; <sup>2</sup>Unidad de Reumatología. Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

**Objetivos:** El término pupila en renacuajo fue utilizado por Thompson y Zackon (Am J Ophthalmol, 1983) en una serie de 26 pacientes (21 mujeres) que presentaban episodios de discoria en los que una pupila adquiría transitoriamente una forma alargada. Once presentaban un síndrome de Horner y 4 una pupila tónica. Sin etiología reconocida aunque 8 pacientes eran migrañosas. En el síndrome de Sjögren se han descrito pupilas tónicas. Presentar a un paciente con una discoria episódica "en renacuajo" de la pupila derecha valorando la respuesta al colirio de apraclonidina 0,5% y de pilocarpina 0,1%.

**Material y métodos:** Mujer de 44 años, seguida durante dos años, que presenta molestia ocular derecha correspondiendo a episodios de dilatación asimétrica pupilar derecha "en renacuajo" durante un minuto, en brotes de 30-45 minutos recurrentes de quincenales a mensuales, sin desencadenantes reconocidos. Diagnosticada un año antes de síndrome de Sjögren por síndrome seco y analítica (leucopenia, ANA, A-Ro, A-La, FR). No migrañosa.

**Resultados:** Exploración normal, incluyendo isocoria y reactividad pupilar, ausencia del reflejo patelar derecho. Respuesta a apraclonidina 0,5%: dilatación de la pupila derecha y discreta miosis de la izquierda, demostrativa de un déficit oculosimpático derecho. No cambio pupilar con pilocarpina 0,1%. Estudio EMG: ondas H presentes. Neuroimagen normal.

**Conclusiones:** Evidencia de denervación simpática subclínica en el signo de la pupila "en renacuajo" y ausencia de denervación parasimpática. Asociada a un síndrome de Sjögren, hecho no descrito anteriormente, sin poderse asegurar su relación causal.

### NEURITIS ÓPTICA: DIAGNÓSTICO DE CASOS ATÍPICOS

A. Gálvez Ruiz y O. Franch

Servicio de Neurología. Hospital Ruber Internacional.

**Objetivos:** La neuritis óptica de etiología desmielinizante se caracteriza por un cuadro agudo-subagudo de pérdida de visión unilateral acompañado de dolor con los movimientos oculares y con recuperación progresiva que se inicia en el primer mes de presentación. Las neuritis ópticas con presentación clínica atípica (edema de papila prominente, presencia de hemorragias o exudados duros en el fondo de ojo, ausencia de dolor o casos bilaterales) suponen un reto diagnóstico y exige plantearse un diagnóstico diferencial amplio. El objetivo de este trabajo es presentar una serie de pacientes con neuritis óptica atípica y sus características clínicas.

**Material y métodos:** Presentamos 10 pacientes en los cuales inicialmente se sospechó neuritis óptica desmielinizante. Sin embargo, tras considerar detenidamente los síntomas y signos de presentación, y tras solicitar diferentes pruebas, el diagnóstico se cambió en 8 pacientes.

**Resultados:** Los diferentes diagnósticos a los que se llegó fueron: enfermedad de Behçet, sarcoidosis, toxoplasma, herpes virus, neuromielitis óptica (2), meningioma de la vaina del nervio óptico y neuritis óptica posviral. Sin embargo en dos pacientes a pesar de las características clínicas atípicas el diagnóstico siguió siendo el de enfermedad desmielinizante.

**Conclusiones:** La neuritis óptica desmielinizante es un diagnóstico clínico que debe hacerse sólo cuando el paciente presenta