

hiponatremia, y fue leve (131 mEq/l); colesterol total: 5 pacientes presentaron niveles superiores a 190 mg/dl, y en el resto fueron normales; ácido fólico y vitamina B12: ninguno de los 14 pacientes tuvo alteraciones. Finalmente, ningún paciente tuvo efectos secundarios.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el tratamiento con ESL en monoterapia en dosis de 800-1.200 mg/d supone una opción terapéutica segura y eficaz en pacientes con epilepsia sintomática y probablemente sintomática.

SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT: REVISIÓN DE UNA SERIE DE 16 CASOS DE PACIENTES EN EDAD ADULTA

T. García Sobrino¹, X. Rodríguez Osorio¹, A. López Ferreiro¹, M. Pardo Parrado¹, E. Corredera García¹, A. Prieto González² y F.J. López González¹

¹Servicio de Neurología; ²Servicio de Neurociencias. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

Objetivos: El síndrome de Lennox-Gastaut (SLG) es una de las encefalopatías epilépticas más graves de la infancia. Se caracteriza por la presencia de múltiples tipos de crisis, trazado electroencefalográfico característico, retraso mental y habitualmente suelen ser refractarios a fármacos antiepilépticos (FAEs). Revisión de una serie de 16 casos de pacientes en edad adulta.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con SLG evaluados en una Unidad Médico-Quirúrgica de Epilepsia de adultos. Se considera buena respuesta tras cirugía paliativa una reducción $\geq 50\%$ en el número de crisis o "drop attacks".

Resultados: Serie de 16 pacientes de 41 [34, 54,2] años (50% varones). La edad de inicio de las crisis fue a los 2,25 [0,5, 7,25] años. El 50% de los casos eran sintomáticos. Las crisis atónicas fueron las más frecuentes (81,25%). Todos reciben politerapia con 4 [4,5] FAEs. En 8 pacientes (50%) se realizó callosotomía con una reducción $\geq 50\%$ de la frecuencia de las crisis en la mitad de los pacientes y de "drop attacks" en el 75% de los casos. En 4 pacientes no respondedores a callosotomía se implantó un estimulador del nervio vago (ENV) con mejoría de las crisis de caída en el 75% de los casos. El ENV fue la primera opción quirúrgica en 1 paciente con buena respuesta.

Conclusiones: El SLG es una encefalopatía grave que requiere politerapia para el control de la epilepsia. La callosotomía o el ENV son una alternativa terapéutica en pacientes con SLG que presentan múltiples episodios de caídas.

EPILEPSIA Y AUTOINMUNIDAD: DESCRIPCIÓN DE 4 CASOS

S. Jesús Maestre¹, C. Arenas¹, O. Lara¹ y C. Martínez-Quesada²

¹Servicio de Neurología; ²Servicio de Neurología. Departamento de Epileptología Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío.

Objetivos: El hallazgo de procesos autoinmunes en el contexto de epilepsia resulta una asociación comórbida no poco frecuente. Dentro de esta relación se engloban tanto enfermedades sistémicas y como otras situaciones que ocasionan una afectación neurológica exclusivamente. Debido a que algunos de estos procesos autoinmunes se asocian a epilepsia refractaria, resulta de interés el indagar sobre esta asociación. El objetivo fue evaluar las características clínicas, semiología epiléptica, neuroimagen estructural, estudios neurofisiológicos, respuesta al tratamiento de 4 pacientes con epilepsia y procesos autoinmunes.

Material y métodos: Se estudiaron a 4 pacientes, mujeres, con edad media de $29 \pm 9,86$ años (19-40 años). Todos presentaron enfermedades autoinmunes y clínicamente una epilepsia. Se realiza-

ron estudios de neuroimagen estructural con resonancia magnética craneal y electroencefalograma.

Resultados: Las pacientes presentaron procesos autoinmunes (enfermedad celíaca en una paciente, DM1 con anticuerpos anti-GAD positivos en una paciente, lupus eritematoso sistémico con ANA, Anti-DNA y anticoagulante lúpico positivo en una paciente y otra de ellas enfermedad de Rasmussen y enfermedad de Crohn). La edad de inicio de las crisis fue de $5 \pm 8,47$ años (0-12 años). Se objetivaron alteraciones en resonancia magnética en dos pacientes y anomalías en el electroencefalograma en 3 pacientes. Dos de ellas presentaban mala respuesta al tratamiento con epilepsia refractaria.

Conclusiones: La comorbilidad de enfermedades autoinmunes y epilepsia resulta de interés por la influencia de éstas en la evolución neurológica y por la precaución en el manejo de fármacos antiepilépticos en estas circunstancias. Además, el sustrato autoinmune en estos casos podría sugerir un mecanismo etiopatogénico común entre epilepsia y enfermedades autoinmunes sistémicas.

Gestión y asistencia neurológica P

ANÁLISIS DE LA DEMANDA ASISTENCIAL NEUROLÓGICA EN CONSULTA EXTERNA TRAS LA APERTURA DE UN HOSPITAL TERCIARIO EN MADRID

M.J. Abenza Abildúa, J. Pardo Moreno, I. López Gutiérrez, N. Barbero Bordallo e I. Bustamante de Garnica

Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles.

Objetivos: Pocas veces se ha analizado en detalle el contenido asistencial de una consulta de Neurología General tras la apertura de un nuevo centro. Analizamos los motivos de consulta y diagnósticos de los primeros 100 pacientes valorados tras la apertura de un hospital terciario en Madrid.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de 100 pacientes atendidos en Consulta Externa de Neurología General en el Servicio de Neurología de un nuevo hospital de la red pública de Madrid (Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles), tras su apertura en marzo de 2012. El centro tiene una población asignada de 180.000 habitantes, y 2 hospitales secundarios en menos de 10 Km.

Resultados: De los 100 pacientes, 33 acuden por cefalea, 15 patología periférica, 12 alteraciones de memoria, 10 con patología vascular, 4 pacientes con primera crisis comicial, 3 con trastornos del movimiento, 2 casos de insomnio, 2 lesiones cerebrales ocupantes de espacio, un primer brote de esclerosis múltiple, y una revisión de paciente ya diagnosticada. Asimismo hemos atendido 19 casos con diagnóstico inespecífico (principalmente mareo y presíncope).

Conclusiones: La mayor parte de los pacientes acuden citados por ser su nuevo centro de referencia (90%), y el 10% por libre elección (principalmente para segunda opinión). Influyen la elevada población asignada proveniente de residencias de mayores (56), y la solicitud de traslado desde otros centros cercanos por lista de espera. Estos factores parecen contribuir a la menor incidencia de patología inespecífica de nuestro centro con respecto a otras series publicadas en Madrid (25% frente al 37,5%).

ASISTENCIA NEUROLÓGICA A PACIENTES INGRESADOS EN OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS: ANÁLISIS DE UNA SERIE CLÍNICA

F. Sierra Hidalgo, L. Martín Gil, A. Martínez Salio y F. Bermejo Pareja

Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos: Las interconsultas (IC) intrahospitalarias neurológicas son una labor cuya asistencia depende de la organización de los servicios de un hospital. Se ha propuesto que requieran una atención diferente a la proporcionada a los pacientes hospitalizados en camas de Neurología. Analizamos las diferencias entre los pacientes atendidos mediante IC y en la hospitalización neurológica.

Material y métodos: Serie clínica retrospectiva que recoge las características de los pacientes atendidos mediante IC neurológica en otros servicios y su comparación con los ingresados en Neurología en nuestro centro durante un año.

Resultados: Se atendieron 729 IC de 715 pacientes. La estancia media, el número de diagnósticos CIE-9 codificados al alta y la mortalidad hospitalaria fueron significativamente mayores en los pacientes atendidos mediante IC que en los ingresados en camas propias de Neurología. El servicio que realizó más consultas fue Medicina Interna (28,3%). Las encefalopatías de diversas causas sumaron, conjuntamente, el 11,8% de los diagnósticos. Los diagnósticos individuales CIE-9 más frecuentes fueron: ausencia de patología neurológica (10,2%), ictus isquémico (10,2%), trastornos del sistema nervioso periférico (9,1%) y epilepsia (7,8%). Existían diferencias significativas en la frecuencia de la mayoría de los diagnósticos neurológicos entre pacientes IC e ingresados en Neurología.

Conclusiones: Las IC intrahospitalarias atienden a pacientes de características diferentes en varios aspectos clínicos a los de la hospitalización neurológica, y en cierto modo justifican la consideración de una actividad neurológica hospitalaria específica. Las encefalopatías, la enfermedad cerebrovascular, los trastornos neuromusculares y la epilepsia son los trastornos neurológicos más frecuentemente diagnosticados en estas consultas.

PERFIL DE LAS INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS AL SERVICIO DE NEUROLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Velázquez Benito, C. García Arguedas, M. Gil Villar, T. Corbalán Sevilla y E. Bellosta Diago

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Objetivos: La actividad clínica diaria en un servicio de Neurología se divide en la atención a pacientes ambulatorios y hospitalizados, en ocasiones en otros servicios. Nuestro objetivo es realizar un estudio descriptivo analizando las características de las interconsultas hospitalarias solicitadas a un servicio de Neurología.

Material y métodos: Se analizaron las interconsultas hospitalarias solicitadas al servicio de Neurología durante 3 meses recogiendo los siguientes datos: servicio peticionario, motivo de consulta, edad, sexo, antecedentes generales y/o neurológicos, tratamiento habitual, síntomas-signos neurológicos, diagnóstico, pruebas solicitadas y seguimiento posterior del paciente.

Resultados: Se analizaron 100 interconsultas. Edad media 64,7 años, 55% fueron hombres y 45% mujeres. Los servicios peticionarios más frecuentes fueron Medicina Interna (32%), Neumología (11%) y Cardiología (10%). Los motivos de consulta fueron "sospecha de ictus" (16%), "ajuste de tratamiento" (14%) y "disminución del nivel de conciencia" (12%). El 30% de los pacientes había presentado focalidad aguda. El 44% tenía previamente una patología neurológica (enfermedad cerebrovascular 11%, deterioro cognitivo

9%, trastorno del movimiento 7%). En un 57% se solicitaron pruebas complementarias. Un 66% de los pacientes fue diagnosticado de una enfermedad neurológica tras finalizar la interconsulta y un 55% precisó seguimiento posterior.

Conclusiones: Las interconsultas hospitalarias suponen un aumento considerable del número de pacientes valorados por un servicio de hospitalización. El perfil es varón de edad superior a 60 años, con factores de riesgo vasculares que presenta focalidad neurológica durante su ingreso. La variedad de patologías valoradas, y la diferente gravedad de las mismas, suponen un reto en la práctica clínica diaria de un servicio de Neurología.

LEVODOPA GEL INTESTINAL PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL ULTRAPERIFÉRICO NORTEAFRICANO

E. Navarro Guerrero¹, C. Martínez Agudiez¹, B.M. Lizardo Sangiovanni¹, K. Ghazi El Hammouti¹, R. Soler González², J. Martín-Vivaldi Jiménez³ y E. Crespillo Montes¹

¹Servicio de Medicina; ²Servicio de Neurología; ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Melilla.

Objetivos: El tratamiento con infusión intraduodenal de levodopa en gel, es un tratamiento eficaz en enfermedad de Parkinson avanzada con complicaciones motoras refractarias al tratamiento farmacológico oral. Es una opción alternativa o complementaria a la cirugía. Al intentar implementar un programa de tratamiento en nuestro hospital (pequeño hospital comarcal ultraperiférico en el Norte de África), surgieron dudas en nuestra organización (INGESA) sobre la capacidad del centro para garantizar la calidad asistencial del proceso, dado el volumen poblacional y el aislamiento geográfico.

Material y métodos: Se proporcionó formación específica a los neurólogos y enfermería, entrenándose a los gastroenterólogos en la técnica de gastrostomía percutánea; Se facilitó un teléfono de contacto para los pacientes y médicos de urgencias, instruyéndose a ambos sobre la actuación ante complicaciones frecuentes.

Resultados: La primera paciente ha completado un año de tratamiento. Ha tenido diversas complicaciones: desabastecimiento de producto, retiradas accidentales de la sonda de gastrostomía, fallos del dispositivo electrónico y problemas mecánicos. Todos pudieron ser solventados. La paciente, en el momento actual presenta una mejoría funcional y de calidad de vida evidente, con disminución del tiempo off, aumento del on y descenso del número y severidad de las discinesias.

Conclusiones: El tratamiento con levodopa gel intestinal es técnicamente sencillo y puede ser llevado a cabo en cualquier hospital que cuente con neurólogo, cirujano general y gastroenterólogo, siempre que se proporcione formación adecuada. El aislamiento geográfico o la situación ultraperiférica no deben ser obstáculos para que los pacientes candidatos puedan recibir esta opción terapéutica.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y CONTINUADA AL ICTUS: UN MODELO ORGANIZATIVO EFICIENTE

C. Fernández Maiztegi, I. Ugarriza Serrano, A. Luna Rodríguez, T. Pérez Concha y J.J. Zarranz Imirizaldu

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces.

Objetivos: En octubre de 2009 se abrió la Unidad de Ictus (UI) de nuestro servicio y se instauraron las guardias de Neurología. El

objetivo del trabajo realizado es comprobar que la atención continuada y especializada al ictus reduce el número de ingresos, la estancia media de los pacientes, la tasa de complicaciones y el gasto y mejora nuestra calidad asistencial.

Material y métodos: Se creó una base de datos de los pacientes ingresados en la UI (octubre 2009-octubre 2011). El Servicio de Gestión nos ha facilitado datos sobre la actividad general del Servicio de Neurología y sobre gasto. El Servicio de Personal nos ha facilitado los datos de las tablas salariales y requerimientos de contratación de personal. Se ha realizado un análisis estadístico descriptivo utilizando el programa SPSS 18.0 esp.

Resultados: Estos 2 años han ingresado en la UI 391 pacientes, con una estancia media de 3 días. Ha descendido el número de ingresos, con un ahorro de 6.500 estancias (3.639.285€). Se ha reducido la estancia media en un día. La tasa de mortalidad se mantiene debido a la mayor gravedad de los pacientes ingresados. La inversión en la UI ha supuesto 181.911€. Se han contratado 4 enfermeras y 4 auxiliares de enfermería. El gasto en personal asciende a 472.330,32€ anuales. Esto ha supuesto un ahorro de 2.512.713,36€.

Conclusiones: La atención continuada reduce el número de ingresos y la estancia media de los pacientes, así como el gasto sanitario. Nuestros enfermos presentan una menor discapacidad al alta.

EL SISTEMA DE CÁLCULO DE COSTES POR GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRD) INFRAVALORA LOS COSTES HOSPITALARIOS DE LOS PACIENTES CON ICTUS DE TRATAMIENTO COMPLEJO

M. Martínez Zabaleta¹, E. García Barrera², S. Arando Lasagabaster², A. de Arce Borda¹, F. González López¹, S. Cervantes Ibáñez¹, I. Abete Goñi¹ y A. López de Munain Arregui¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea.

²Facultad de Empresariales. Universidad de Mondragón.

Objetivos: Los pacientes con ictus constituyen actualmente más del 50% de las hospitalizaciones en Neurología. La complejidad en el tratamiento de estos pacientes se ha incrementado en los últimos años, con la implantación de unidades de ictus, aplicación de trombolisis y otros tratamientos. Muchos hospitales calculan los costes de hospitalización de un proceso mediante el sistema de cálculo GRD. Cada GRD tiene asignado un peso que pondera el consumo de recursos necesario para asistir a ese tipo de pacientes. Ese peso es fijo y está establecido por un manual basado en bases de datos de históricos. El objetivo es determinar si el sistema vigente es o no adecuado para el cálculo de costes por hospitalización en pacientes con ictus.

Material y métodos: Calculamos el coste por hospitalización de pacientes ingresados en nuestro servicio por infarto cerebral los años 2003 y 2011, mediante un sistema basado en microcostes. Comparamos los resultados con los obtenidos mediante el sistema GRD

Resultados: El coste actual de la hospitalización en Neurología de un paciente con infarto cerebral, es muy superior al calculado mediante el sistema GRD, cuando este paciente se beneficia de un ingreso en unidad de ictus o de tratamiento trombolítico o endovascular.

Conclusiones: El sistema de cálculo de costes GRD da una imagen poco precisa de la realidad actual del proceso ictus. Los resultados que calcula dependen del gasto total del servicio durante ese año, y las variaciones influyen por igual sobre todos los procesos tratados. Nuestras organizaciones precisan de sistemas más precisos para mejorar la gestión del gasto

ADECUACIÓN A LA NORMA DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN NEUROLOGÍA

C.P. de Fuenmayor Fernández de la Hoz¹, C. Sánchez Sánchez¹, A. Martínez Salio¹, P. Calleja Castaño¹, M.A. Ortega Casarrubios¹, L. Llorente Ayuso¹, M. González Sánchez¹, R. López Blanco¹ y J. Díaz Guzmán²

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre.

²Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

Objetivos: Evaluar el grado de cumplimiento de la normativa que rige en nuestro centro desde 2008 sobre prescripción de fármacos en pacientes ingresados en Neurología (hospitalización general/Unidad de Ictus).

Material y métodos: Revisión de las prescripciones de pacientes ingresados en el Servicio de Neurología de nuestro hospital durante un día. Recogimos 13 variables significativas que aparecen especificadas en la normativa: identificación del paciente, fecha y hora de la prescripción, fármaco por principio activo, fármaco por nombre comercial, dosis, uso de decimales en la dosis, forma farmacéutica, frecuencia, vía de administración, identificación y firma del médico y actualización completa del tratamiento en la última semana. Elaboramos una hoja de Excel con los resultados y realizamos estadística descriptiva.

Resultados: Se recogieron datos de 20 pacientes, con un total de 160 prescripciones farmacológicas. El porcentaje de tratamientos en los que aparecía reflejado cada uno de los ítems fue: identificación del paciente 100%; fecha de prescripción 100%; hora de prescripción 29%; fármaco por principio activo 57%; fármaco por nombre comercial 44%; dosis 78%; uso de decimales 4%; forma farmacéutica 15%; frecuencia de administración 91%; vía de administración 48%; nombre del médico 40%; firma del médico 97%; actualización semanal 86%. De los 13 facultativos (7 adjuntos y 6 residentes) firmantes de las órdenes de tratamiento, sólo 2 conocía la existencia de la normativa.

Conclusiones: La prescripción farmacológica en nuestros pacientes se adecua razonablemente a la norma, pero con aspectos susceptibles de mejora. Es necesaria mayor difusión de la norma entre los profesionales para mejorar la seguridad de los pacientes.

Neuro-oftalmología P

SÍNDROME DE SUSAC COMO CAUSA INUSUAL DE PÉRDIDA DE AGUDEZA VISUAL

A. González Eizaguirre, I. Díaz Cuervo, M.A. Valle del Castillo, E. Blanco Martín, I. Ugarriza Serrano, I. Caballero Romero, S. Boyero Durán, F. Velasco Juanes y J.J. Zarranz Imirizaldu

Servicio de Neurología. Hospital de Cruces.

Objetivos: Describir el caso de una paciente con alteración de conducta de 3 meses de evolución, sordera súbita e isquemia retiniana bilateral, en contexto de endotelopatía autoinmune.

Material y métodos: Mujer de 23 años con antecedentes de meningitis por neumococo a los 4 años. Ingresó por sordera súbita de inicio en oído izquierdo que a los 3 días se hace bilateral. Posteriormente refiere visión borrosa y escotoma central en ojo derecho, objetivándose focos de isquemia retiniana bilaterales. Los 3 meses previos presentaba episodios de irritabilidad y labilidad emocional.

Resultados: En la RM cerebral, se objetivan lesiones isquémicas agudas sugestivas de patología vasculítica; y en la angiografía fluo-