Crónica resumida de Neuro-Amigo

Las grandes crisis dan lugar a grandes oportunidades

En 1996 y luego de 30 años de jefatura, jubiló el Prof. Dr. Camilo Arriagada, *alma pater* del Servicio de Neurología del Hospital Barros Luco.

La renovación de la jefatura fue provista y ganada mediante concurso público

Este es el recuento resumido de un gran desafío personal

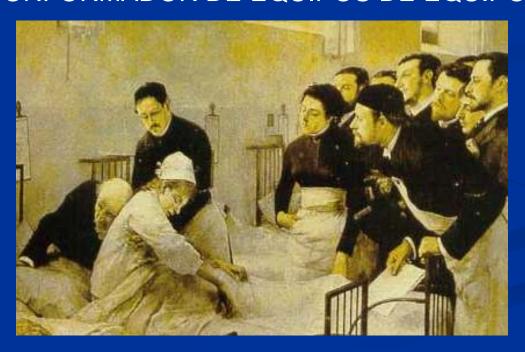
Jorge Nogales-Gaete

Está situación determino una necesaria reformulación de un proyecto de desarrollo institucional para esta nueva realidad.

Crónica del Proyecto Neuro-Amigo

ESTE PROYECTO SURGE DE LA NECESIDAD QUE TUVIMOS DE GENERAR UNA NUEVA MODALIDAD DE LIDERAZGO:

A TRAVES DE UN PROGRAMA DE SIGNIFICACION CLINICA, INSTITUCIONAL Y USUARIA QUE FUESE MOTIVADOR Y CONFORMADOR DE EQUIPOS DE EQUIPOS.



Crónica de un proyecto

En 1996,

el Servicio Clínico Neurología HBLT

y

el Departamento de Neurología U. de Chile

realizamos una jornada de análisis estratégico,



Inicio de una siembra

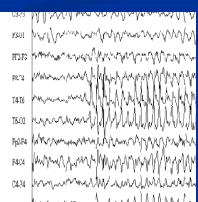
Concluimos que teníamos dos problemas clínicos principales, como causa de consulta y de hospitalización, y que ellos eran la vía natural de "trabajar" nuestra organización y desarrollo.

Nivel

Hospitalizado: ECV

Enfermedad Cerebro Vascular





Ambulatorio: Epilepsia

Modalidad de Diagnóstico: PARTICIPACION Y ACUERDO

Elegimos la ECV como medio y no como fin

A pesar de la innegable importancia de la ECV la consideramos sólo una excusa para generar un espacio de reflexión,

para:

evaluarnos, organizarnos adquirir un método, estilo y actitud de trabajo



Nuestro paradigma fue:

La preparación de un plato de comida tan cotidiano como la cazuela puede convertirse en un desafío de calidad y quien logre excelencia en ese modelo, probablemente lo podrá utilizar para preparar adecuadamente otros platos.

La generación del proyecto buscaba también, un aliciente para vitalizar nuestra comunidad docente asistencial, generando un polo de desarrollo que nos generara ilusión e ideas,



Buscamos un reencuentro con la capacidad de soñar

Como primer paso,

realizamos una revisión del estado del arte en el manejo de la ECV

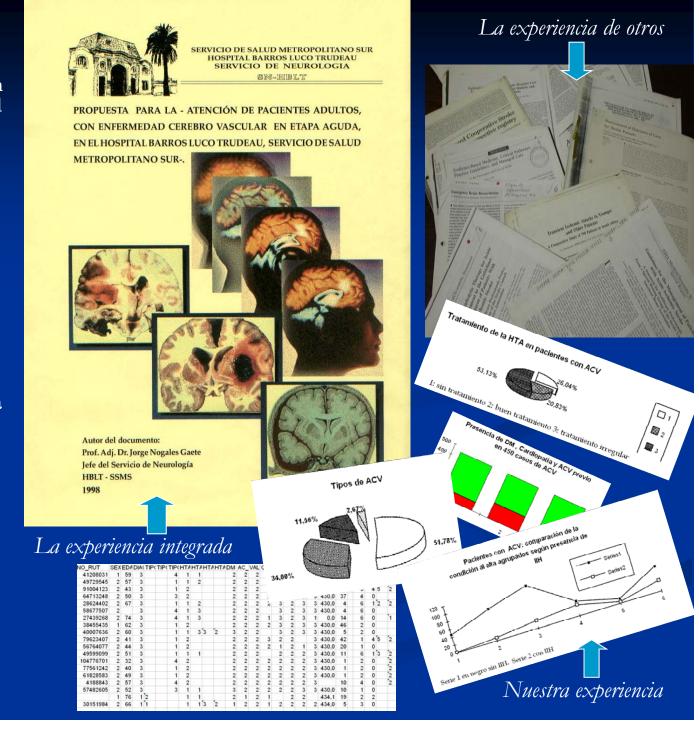
y luego durante todo 1997. un estudio diagnóstico de la realidad de atención de la ECV, en nuestro hospital.

Ambos integrados a una visión de futuro dieron lugar a dos productos

Monografía - Proyecto guía

Y

Publicación Rev Méd de Chile



La publicación

Ha sido reconocida y citada inumerables veces

(Ver sección Publicaciones – citas de publicaciones)

La Monografía — Proyecto

Ha guiado nuestro accionar desde entonces y se ha ido cumpliendo paso a paso

September 2003 Stroke

GUAYAQUI

COLOMBIAN URBAN

AND RURAL TOWNS

CORDILLERA

CHAVE

BUENOS AIRES

Stroke in South America

A Systematic Review of Incidence, Prevalence, and Stroke Subtypes

Gustavo Saposnik, MD; Oscar H. Del Brutto, MD; for the Iberoamerican Society of Cerebrovascular Diseases

ca: A Systematic Review 2107

L, Lepera S, Luraschi A, Sica REP, Caplan LR, enos Aires Stroke Project. Acta Neurol Scand.

 Gonzalez LA, Baird A, Dashe J, Luraschi A. nfante I, Chaves C, et al. Differences in stroke s and Caucasians in Boston and Buenos Aires. 1389.

Matos-Nôvak E, Ferreira-Camargo CH, Carraro-Iuzzio JA, Iwamoto FM, Della-Colleta MV, vascular cerebral em pacientes jovens: análise de stautatr. 2001:59:740 -745.

LE, Pedraza OL, Sanchez E, Santin LC, Zurek DAST en la práctica clínica de un hospital uni-Colombiana, 2001:17:304-308,

S. Cumsille MA, Venegas P. Prevalencia de la en pacientes con enfermedad cerebrovascular . 2001;129;161–165.

tos AC, Fabio SR, Sakamoto AC, Cerebral gd 15 to 40 years, Stroke, 1996;27:2016-2019.

- 17. Del Brutto OH, Campos X, Tomalá M, Parrales H, Sánchez J. Angiographic findings in Ecuadorian mestizos with anterior circulation occlusive cerebrovascular disease. Rev Ecuat Neurol. 1995;4:47-51.
- 18. Del Brutto OH, Sanchez J, Camos X, Santos J, Mosquera A. Nontraumatic intracerebral hemorrhage in young adults living in Guayaquil, Ecuador (South America): analysis of 151 patients. Funct Neurol. 1999;14:21-28.

South American map showing the geographic distribution of community-based studies and hospital-based stroke registries.

 Cabral NL, Longo AL, Moro CH, Amaral CH, Kiss HC. Epidemiologia dos acidentes cerebrovasculares em Joinville, Brazil, Estudo Institutional AT OMERIODSHIRATI, 1991, 22, 321-363.

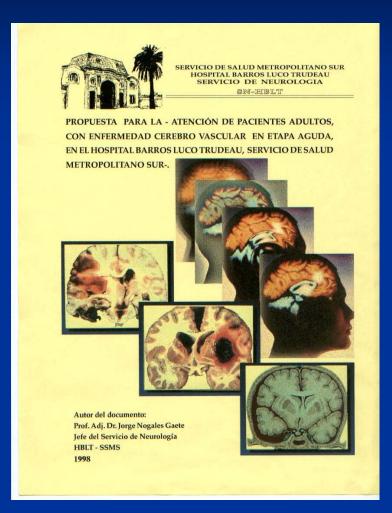
Studies on stroke prevalence - incidence

Studies on the pattern of stroke subtypes.

DINVILLE

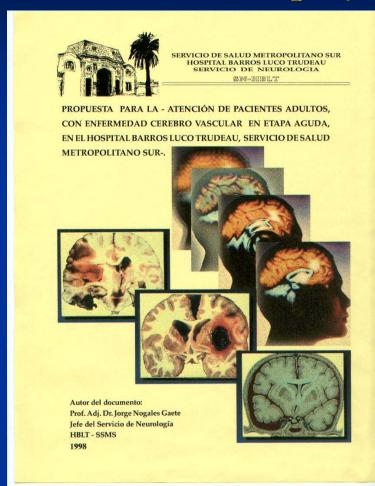
 Nogales-Gaete J, Núñez L, Arriagada C, Sáez D, Figueroa T, Fernández R, González J, Aragón A, Barrientos N, Varas P, et al. Caracterización clínica de 450 pacientes con enfermedad cerebrovascular ingresados a un hospital público durante 1997. Rev Med Chil. 2000;128:1227-1236.

El proyecto que aludía a la ECV tenia una concepción integral, con énfasis en una gestión clínica centrada en el usuario



- •RESPALDO
 - •EPIDEMIOLOGICO
 - •HERRAMIENTAS DE CALIDAD
 - •MEDICINA BASADA EN LA
 - **EVIDENCIA**
 - •REGISTRO E INDICADORES
- CONSIDER ANDO
 - •PRIORIDADES DEL MINISTERIO
 - •RESPUESTA A PROBLEMA LOCAL
 - •EFICIENCIA, EFICACIA y SATISFACCION USUARIA

El proyecto incluyó aspectos



CLINICOS

DE INFRAESTRUCTURA

Y DE MODOS DE TRABAJO

Además definió etapas de desarrollo y las condiciones necesarias para hacerlo posible

Luego vivimos tensa espera del momento de hacer viable el proyecto





Marketing

Construcción de insumos y red de apoyo

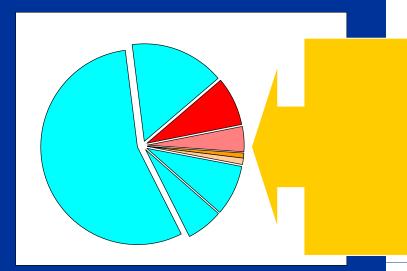




"conjunción de al menos tres elementos:

- a) traslado de la unidad de emergencia del hospital y cierre de la modalidad de atención con camas propias
- b) modificación estructural de la planta física del Servicio de Neurología con una funcionalidad ad-hoc
- reconocimiento de la comunidad hospitalaria incluyendo niveles pares y directivos, de la necesidad de un rediseño organizacional y técnico global para el manejo de la ECV.

Durante la espera, por el momento oportuno, iniciamos la búsqueda por la conformación de una Red de Apoyo (pública y privada) para el proyecto. Se trato de una misión puerta a puerta, pidiendo consejo y apoyo. Aquí exponemos un recuento de 4 años de trabajo



Sólo un 14,1% nos brindo finalmente algún apoyo.

	No nos recibieron, ni aceptaron documentos	
	de nuestro proyecto, estaban siempre en otra	
8,4 %	o muy ocupados	8,4
	no aceptaron recibirnos, pero si aceptaron	
	nuestros documentos, aunque que nunca nos	
6 %	respondieron	6
	Nos recibieron y tramitaron, pero luego	
55,5 %	dijeron que no	55,5
	Nos recibieron, tramitaron y aceptaron, pero	
	en el curso de la historia algo cambio	
	negativamente: ocurro un cambio de	
	autoridades, se inicio un periodo de políticas	
	austeras, ocurrió una fusión de empresas, o un	
16 %	cambio en las prioridades	16
	Nos recibió, acepto y cumplió con gran	
8 %	corrección	8
	No solo nos recibió y acepto sino que hizo	
4,1 %	propio el proyecto	4,1
	Nos busco espontáneamente para lograr un	
1 %	espacio para ayudarnos	1
	Dijo inicialmente no, pero luego al ver el	
1 %	desarrollo del proyecto, no quiso quedar fuera	1
100 %		100

Hasta que luego de muchos años de activo trabajo, en 2002 se dieron las condiciones para hacer viable nuestro proyecto

Nudo crítico de factibilidad



"conjunción de al menos tres elementos:

- a) traslado de la unidad de emergencia del hospital y cierre de la modalidad de atención con camas propias.
- b) modificación estructural de la planta física del Servicio de Neurología con una funcionalidad ad-hoc.
- c) reconocimiento de la comunidad hospitalaria incluyendo niveles pares y directivos, de la necesidad de un rediseño organizacional y técnico global para el manejo de la ECV.

Miembros del Servicio de Neurología

Facultad de Artes U. de Chile, Corporación de Estudios para la Calidad de Vida,





Red de apoyo



Paca Jiliberto







Lab. Andrómaco



TodoChile-enter

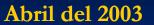
Remodelación de la planta física, inaguración de una importante etapa

Remodelación de la planta física, inauguración de una importante etapa

Marzo de 1996











¡ El gran momento!



Los frutos: dignidad y funcionalidad de la nueva estructura

La modificación estructural nos ha permitido pasar de dispersos 550 mt2 a unitarios 650 mt2,

Implementando diversos detalles como un baño especial para discapacitados con opción de ducha en silla de ruedas o en camilla,







Los frutos: Estructura adaptada al paciente y su familia

Habilitación en los jardines colindantes al pabellón de hospitalización de áreas de micro-paisajismo y de encuentrovisita, con vías de acceso para en silla de ruedas.

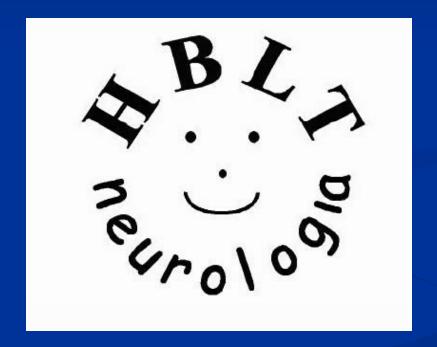






Los frutos: Ámbito de acogida al paciente y su familia

Neuroamigo



Nuestra particularidad

Los frutos: Programa de comunicación entre pacientes y familiares.

Manejo del aislamiento y desconexión familiar.

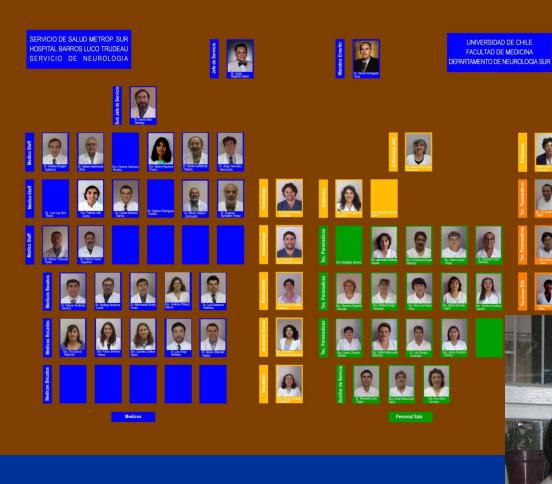
Herramientas
tecnologicas:
servicio de teléfono
celular y correo
electrónico.





Ámbito de acogida al paciente y su familia INFORMACION Y COMUNICACION

Los Frutos: acogida al paciente y su familia





INFORMACION



Los Frutos: Programa de enseñanza de asistencia al enfermo para familiares





Los frutos: mejoría de la comunicación entre familiares, pacientes y funcionarios

Flexibilidad de visitas



Actitud empática





Ámbito de acogida al paciente y su familia

Los futos acogida al paciente y su familia

BLA DIGO

Manejo visual del entorno



Filosofía de la imagen llamadora de atención del compromiso



Frutos: Creación de la sala de atención del paciente con ECV.







Desafíos: manejo de pacientes complejos, graves y muy dependientes









Desafíos: rediseño de modo de trabajo Capacitación y trabajo en grupo











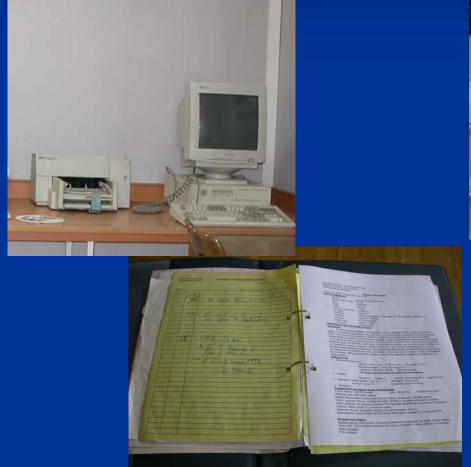




Desafíos: Proporcionalidad entre equipo y función Casi toda donación sirve para algo

El camino de reciclar







Desafíos: completar el proyecto y continuar soñando

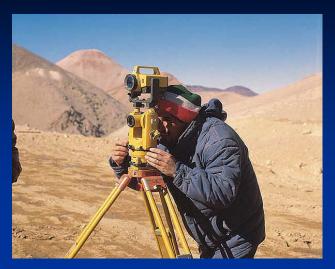


Visión retrospectiva de algunas características favorecedoras para el éxito del proyecto



FE, ESPERANZA Y PERSEVERANCIA

PLANIFICACION DE RUTA



CAPACIDAD DE TRABAJO Individual y grupal

