

E. Ameneiros-Lago^{a,*}, C. Carballada-Rico^b
y J.A. Garrido-Sanjuán^a

^a Servicio de Medicina Interna, Comité de Ética Asistencial, Xerencia Integrada de Ferrol, Ferrol, A Coruña, España

^b Unidad de Hospitalización a Domicilio, Comité de Ética Asistencial, Xerencia Integrada de Ferrol, Ferrol, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eugenia.ameneiros.lago@sergas.es
(E. Ameneiros-Lago).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.06.006>

1134-282X/

© 2016 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Experiencia en los 2 primeros años de una unidad de diagnóstico rápido en un hospital comarcal



Experience in the first two years of rapid diagnostic unit in a local hospital

Sra. Directora:

Las unidades de diagnóstico rápido (UDR) son una alternativa a la hospitalización convencional para el estudio de pacientes seleccionados con sospecha de padecer una enfermedad potencialmente grave, y que no requieren atención hospitalaria. El retraso en el proceso diagnóstico por los circuitos habituales a través de las consultas externas, condiciona ingresos y estancias hospitalarias inadecuadas que se podrían evitar con este dispositivo asistencial. La atención a través de la UDR ha demostrado una mayor comodidad para el paciente, manteniéndose la calidad asistencial y consiguiendo un ahorro de costes al sistema sanitario¹. Nosotros comunicamos nuestra experiencia en la UDR del Hospital General Mateu Orfila de Menorca (Islas Baleares) que inició su actividad en enero de 2014. Nuestro centro está situado en la ciudad de Mahón, tiene una capacidad de 142 camas para pacientes agudos, y atiende a toda la población de la isla de Menorca (90.000 habitantes). La UDR se ofreció a los pacientes atendidos en el área de urgencias del hospital por el equipo médico de urgencias y medicina interna, aunque también se aceptaron interconsultas de otras especialidades. En febrero de 2015, se añadieron enfermos de un proyecto piloto en un centro de atención primaria de Mahón. La UDR de nuestro hospital depende del servicio de medicina interna y está formada por 2 médicos internistas y una diplomada de enfermería con dedicación a tiempo parcial, en 2 módulos de consultas a la semana de 3 h de duración. Presentamos los principales resultados de un estudio descriptivo y retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes atendidos en nuestra UDR desde enero de 2014 hasta febrero de 2016. Un total de 183 pacientes fueron atendidos durante el periodo de estudio. La edad media fue de 58 años, muy inferior a los pacientes que ingresan en los servicios de medicina interna del hospital, debido a que se trata de enfermos que, por su menor comorbilidad y mayor autonomía, permiten la ambulatorización del proceso diagnóstico. Se realizaron 341 visitas con un ratio sucesiva/primera de 0,88 y en casi el 80% de los pacientes se alcanzó el diagnóstico con una o 2 visitas,

coincidiendo con las series publicadas más eficientes²⁻⁴. El tiempo de espera medio desde la solicitud de consulta hasta la valoración por nuestra unidad fue de menos de 5 días naturales. Uno de los aspectos fundamentales en el éxito de la UDR es ofrecer una primera valoración de forma precoz, aunque no menos importante es la realización rápida de las pruebas complementarias pertinentes. El tiempo medio hasta llegar al diagnóstico en nuestra serie fue de 15 días naturales, algo mayor que otras UDR que se sitúan en torno a una semana^{2,4,5,6}, debido a que los circuitos de algunas pruebas complementarias no estaban adecuadamente protocolizados. Algo más de la mitad de los enfermos visitados en la UDR provenían del servicio de urgencias del hospital, y un 13,1% de atención primaria. En la mayoría de las UDR, el servicio de urgencias es el que más pacientes remite, al ser la puerta de entrada más común para la admisión de enfermos en el hospital²⁻⁴. No obstante, en algunas series, dependiendo del modelo organizativo y funcional de la UDR y la difusión del proyecto, el mayor porcentaje de pacientes proviene de atención primaria^{5,7}. La gran mayoría de los pacientes (86,3%), se ajustaron a los criterios de derivación a la UDR que han sido establecidos para este tipo de unidades (tabla 1), con una tasa equiparable a la de otros trabajos^{2,4,5}. Es importante destacar que una inadecuada derivación de los pacientes a la UDR puede retrasar el estudio de otros pacientes más graves o suponer perjuicios para la salud a enfermos que requieren una atención médica inmediata. Una mejor información sobre el perfil de paciente que puede ser remitido a la UDR, podría mejorar su rendimiento. Entre los grupos de diagnóstico, el más frecuente correspondió a enfermedades digestivas benignas (20,8%), seguido de las neoplasias (18,1%), al igual que en otras series de nuestro país^{2,4,7,8}. En la enfermedad tumoral, un estudio rápido puede condicionar el tratamiento y el pronóstico de la neoplasia, reduciendo además la angustia que supone para el paciente y su familia, la demora del diagnóstico.

Tabla 1 Criterios de derivación a la UDR (deben cumplirse los 5 criterios)

1. Pacientes valorados por un médico que presenten estabilidad clínica y hemodinámica
2. Soporte socio-familiar adecuado para el estudio ambulatorio
3. Pacientes que no precisen cuidados hospitalarios
4. Aceptación del estudio ambulatorio por parte del paciente y su cuidador/a principal
5. Estudio diagnóstico actual que no haya sido iniciado por otro facultativo

tico. La UDR es un dispositivo asistencial útil y bien aceptado para el diagnóstico precoz de enfermedades potencialmente graves, como alternativa a la hospitalización, que puede ser implementado en hospitales de cualquier nivel de complejidad. No se requiere de una inversión en infraestructura ni supone un coste elevado para el centro. En nuestra experiencia, se puede ofrecer inicialmente a pacientes que acudan al servicio de urgencias, y ampliarse de forma progresiva en función de la demanda y los recursos disponibles. Resulta fundamental una firme implicación institucional en el proyecto, profesionales motivados para el desarrollo de la UDR, una intensa labor informativa a los facultativos para que conozcan los criterios de derivación adecuados y el diseño de circuitos ágiles para la solicitud de interconsultas a la UDR y la realización de las pruebas complementarias necesarias.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Torres M, Capdevila JA, Armario P, Montull S. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:620-6.
2. Capell S, Comas P, Piella T, Rigau J, Pruna X, Martínez F, et al. Unidad de diagnóstico rápido: un modelo asistencial eficaz y eficiente. Experiencia de 5 años. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:247-50.
3. San José A, Jiménez X, Ligüerre I, Vélez MC, Vilardell M. Atención especializada ambulatoria rápida de patologías médicas desde un hospital universitario terciario. *Consulta de atención inmediata. Rev Clin Esp*. 2008;208:71-5.
4. Rubio-Rivas M, Vidaller A, Pujol i Farriols R, Mast R. Unidad de diagnóstico rápido en un hospital de tercer nivel. Estudio descriptivo del primer año y medio de funcionamiento. *Rev Clin Esp*. 2008;208:561-3.
5. Torné J, Encinas X, Vidal JM, Baucells JM. Modelo multidisciplinario de una unidad de diagnóstico rápido. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:129-30.
6. San José A, Pérez J, Pardos-Gea J, Vilardell M. Consulta de atención inmediata. Experiencia de tres años. *Rev Clin Esp*. 2010;210:55-6.
7. Herranz S, Noguerras C, Casanovas A, Jordana R, Monteagudo M, Ciurana JM, et al. Consulta diagnóstica de medicina interna: objetivos y resultados. Experiencia 1998-2002 en la Corporación Sanitaria Parc Taulí. Sabadell. *Rev Clin Esp*. 2002;202 Suppl 1:S9-11.
8. De Santos PA, Jimeno A, García MC, Elices MI, Almaraz A, Muñoz MF. Evaluación de las consultas de atención inmediata en medicina interna (hospital clínico universitario de Valladolid). *Rev Clin Esp*. 2006;206:84-9.

C. Pérez Vega*, M.A. Polvorosa Gómez,
C. Rodríguez Ramos
y E. Rodríguez de Castro Hurtado

*Servicio de Medicina Interna, Hospital Mateu Orfila,
Mahón, Islas Baleares, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cperezvega@hotmail.com
(C. Pérez Vega).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.06.005>
1134-282X/

© 2016 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Historia clínica como herramienta para mejora del proceso de atención



Clinical records as a tool for enhancing medical care

Sra. Directora:

La historia clínica se puede definir como un documento donde se recoge la información que procede de la práctica clínica relativa a un paciente, y donde se mencionan todos los procesos a los que ha sido sometido¹. Este documento forma parte importante en la atención adecuada e integral del paciente. Es un documento médico-legal que avala la actuación del personal médico¹.

La correcta administración y gestión de las historias clínicas contribuyen a mejorar la calidad de atención de los pacientes. Además, ayuda a la recolección de datos para estudios de investigación, elaboración de estadísticas y sirve de enseñanza para estudiantes y profesionales².

Existe una relación directa entre la calidad de la atención prestada y la calidad de las historias clínicas, permitiendo el análisis retrospectivo del desempeño de los profesionales

sanitarios. Estos registros constituyen la base para la toma de decisiones médicas en el diagnóstico y tratamiento, y permiten la evaluación de los diferentes problemas de salud. Sin embargo, la ausencia de datos en las historias clínicas es un error frecuente³.

Un problema frecuente en las historias clínicas es la ausencia de datos del paciente y la ilegibilidad de la letra, lo que dificulta conocer la situación de salud del paciente. Esto puede generar que el médico no tenga información suficiente sobre la evolución clínica y el tratamiento previo del paciente. Así mismo la evolución y el tratamiento son datos importantes para valorar si hay o no respuesta clínica adecuada.

Con frecuencia los datos ausentes en la historia clínica son: antecedentes patológicos, exámenes auxiliares, procedencia, prioridad de atención, y fecha y hora de ingreso de los pacientes.

La historia clínica es un instrumento utilizado tanto por el personal médico como por enfermeras, nutricionistas, psicólogos, como por otros profesionales de la salud. La enfermera cumple un papel importante al efectuar las indicaciones médicas escritas en la historia clínica, por lo tanto, la ilegibilidad de la letra, así como el uso de un lenguaje médico inadecuado puede generar dificultades en el cumplimiento de estas indicaciones.