

rehabilitación<sup>1</sup> y mejoría en más del 50% en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria<sup>3,5</sup>.

García-Manzanares et al midieron factores psicosociales y calidad de vida en la rehabilitación física, encontrando que esta última mejora en todas las escalas alrededor del 50% tras la rehabilitación<sup>4</sup>.

En el presente estudio, se encontró mayor afección en la función social, limitación del rol de los problemas físicos y dolor, obteniendo ganancias superiores al 100% tras la rehabilitación en cada indicador. Solo en 2 esferas la ganancia fue menor al 50%, la función física y la limitación del rol de problemas emocionales. En las esferas de vitalidad, percepción de salud en general y salud mental, la ganancia fue superior al 50%.

No hemos encontrado estudios para poder comparar estos 5 indicadores de la calidad de vida posterior a la rehabilitación física.

## Bibliografía

- Martínez GM, Gómez CA. Características generales de los programas de fisioterapia con personas mayores. *Fisioterapia*. 2000;22:71–80.
- González CB. Guía de práctica clínica para la prevención de caídas en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2005;43:425–41.
- Sèculi SE. Las caídas en los mayores de 65 años: conocer para actuar. *Aten Primaria*. 2004;34:178–83.
- García-Manzanares MD, Tornero D, Sunyer M, Plou MP, Limón R. Factores psicosociales y calidad de vida en la rehabilitación médica. *Rev Mex Med Fis Rehab*. 2006;18:11–7.
- García-Palmieri MR. La rehabilitación en el adulto mayor de 65 años. *Arch Cardiol Mex*. 2004;74:192–201.

Leticia Blanco Castillo<sup>a,\*</sup>, Martha Leticia Martínez Martínez<sup>b</sup> y José Francisco Javier Aguilar López<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Medicina Familiar n.º 16, Instituto Mexicano de Seguro Social, Querétaro, México

<sup>b</sup> Unidad de Medicina Familiar n.º 13, Instituto Mexicano de Seguro Social, Querétaro, México

<sup>c</sup> Hospital General Regional n.º 1, Instituto Mexicano de Seguro Social, Querétaro, México

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lety\\_blc7@hotmail.com](mailto:lety_blc7@hotmail.com)

(L. Blanco Castillo), [marthamar34@hotmail.com](mailto:marthamar34@hotmail.com)

(M.L. Martínez Martínez).

doi:10.1016/j.aprim.2010.01.021

## Impacto de una unidad de diagnóstico rápido en atención primaria

### Impact of a rapid diagnostic unit in primary care

Sr. Director:

En nuestro hospital de referencia, se creó en 2005 una unidad de diagnóstico rápido con 2 funciones: el diagnóstico rápido de enfermedades potencialmente graves y como alternativa a la hospitalización convencional.

El objetivo de nuestro estudio fue conocer y analizar las características y las patologías de los pacientes remitidos desde atención primaria (AP) y de los que provenían del propio hospital entre noviembre 2005 y abril 2007, los primeros 18 meses de funcionamiento de la unidad. También se valoró la accesibilidad y la adecuación de la derivación según un protocolo previamente establecido y consensuado.

Realizamos un estudio prospectivo y observacional de los pacientes atendidos en la Unidad de Diagnóstico Rápido del Hospital Residencia Sant Camil (Barcelona) que asiste a una población de 174.000 habitantes adscritos en 5 equipos de AP.

En la [tabla 1](#) están relacionados los motivos de consulta más importantes así como los diagnósticos finales más representativos. De los resultados hay que destacar que se registraron 565 pacientes de los cuales 237 (42%) procedían de AP. La demora en la primera visita fue de 4,8 días (DE: 3,28), siendo en el 66,6% igual o inferior a 5 días.

Se practicó una media de 2,9 exploraciones complementarias (DE: 1,28) por caso y se ahorró un total de 120 ingresos procedentes de AP y 195 procedentes del propio hospital.

En nuestro caso y a diferencia de otras series<sup>1–4</sup> destaca la notable procedencia de AP probablemente gracias al consenso previo establecido entre las 2 partes.

La sospecha de neoplasia colorectal y pulmonar, el síndrome constitucional y el estudio de anemia, suponen el 48% de los casos coincidiendo con la literatura<sup>1,5,6</sup>.

Los motivos de consulta han sido equiparables entre ambas procedencias, excepto el síndrome constitucional y las alteraciones radiológicas sospechosas de malignidad que han sido remitidos con mayor frecuencia desde AP.

En nuestra serie observamos un 30,4% de neoplasias diagnosticadas, cifra superior a otras series<sup>1,5,6</sup>, resultado que podría responder al carácter multidisciplinario de la unidad y a la inclusión de la sospecha de neoplasia de mama y las alteraciones radiológicas sospechosas de malignidad como procesos con alta especificidad para el diagnóstico de neoplasia.

Un factor de indudable importancia para el funcionamiento de estas unidades es la adecuación de las consultas a los criterios consensuados, que en nuestro caso, resultó un 85,2% en el grupo de AP y 89,6% en el de hospital.

Resulta evidente el beneficio para el paciente: la escasa demora, el rápido diagnóstico, un menor impacto emocional y el ahorro de una hospitalización no carente de yatrogenia.

**Tabla 1** Análisis comparativo según la procedencia de los pacientes evaluados en la UDR

Variable	Paciente AP (n=237)	Pacientes hospital (n=328)	p
<b>Sexo</b>			
Hombres	137 (57,8)	154 (47)	0,013
Mujeres	100 (42,2)	174 (53)	
<b>Edad</b>	63,2 (15,7)	59 (17,3)	0,005
<b>Demora 1.ª visita (días)</b>	4,8 (3,2)	3,4 (3,1)	0,000
<b>Motivos consulta</b>			
Sospecha cáncer colorectal	45 (19)	46 (14)	0,132
Síndrome constitucional	31 (13)	20 (6)	0,004
Alt. Rx sospechosas	27 (11,3)	17 (5,1)	0,007
Sospecha cáncer pulmón	23 (9,7)	42 (12,8)	0,254
Anemia	23 (9,7)	44 (13,4)	0,178
Sospecha cáncer mama	14 (6)	27 (8,2)	0,356
Adenopatías	10 (4,2)	24 (7,3)	0,127
<b>Intervalo diagnóstico (días)</b>	8,8 (8)	9,2 (9,1)	0,623
<b>Diagnósticos</b>			
Enf. digestivas	82 (34,5)	110 (33,5)	0,623
Enf. respiratorias	38 (16)	52 (15,8)	0,968
Enf. hígado y páncreas	32 (13,5)	20 (6)	0,015
Enf. piel y tejido subcutáneo	16 (6,7)	38 (11,5)	0,054
Enf. infecciosas	12 (5)	34 (10,3)	0,023
Enf. de la sangre	12 (5)	11 (3,3)	0,310
<b>Diagnóstico de cáncer</b>	68 (28,6)	104 (31,7)	0,086
<b>Adecuación</b>	202 (85,2)	294 (89,6)	0,516
<b>Ahorro de ingreso</b>	120 (50,6)	195 (59,5)	0,040

AP: atención primaria; UDR: unidad de diagnóstico rápido.

Valores expresados como media (DE) o porcentaje de pacientes.

Asimismo, la unidad de diagnóstico rápido ha permitido además un mayor acercamiento entre AP y hospital.

## Bibliografía

- 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.
- De Santos Castro PA, Jimeno Carrúez A, García Cobo MC, Elíes Calzón MI, Almaraz Gómez A, Muñoz Moreno MF. Evaluación de las consultas de atención inmediata en medicina interna (Hospital Clínico Universitario de Valladolid). *Rev Clin Esp*. 2006;206:84–9.
- Torres Salinas M, Capdevila Morel JA, Armario García P, Montull Morer S. Grupo de trabajo de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *Med Clin(Barc)*. 2005;124:620–6.
- Riera A, Bonastre M, Santes masses A. Consulta diagnóstica de Medicina (CDM) como alternativa a la hospitalización para el estudio de pacientes con patología grave no urgente. *Todo Hospital*. 1996;130:90–1.
- Comas P, Piella T, Montull S, Casanovas J, Vives A. Unidad de diagnóstico rápido: una alternativa a la hospitalización convencional. *Rev Calidad Asistencial*. 1999;14:739–46.
- Herranz S, Hogueras A, Casanovas A, Jordana R, Monteagudo M, Ciurana JM, et al. Consulta diagnóstica de medicina interna: objetivos y resultados. Experiencia 1998–2002 en la corporació Sanitaria Parc Taulí. Sabadell *Rev Clin Esp*. 2002;202 (Supl 1):10–1.

Joaquim Torné Cachot<sup>a</sup>, Cristina Gallardo Sánchez<sup>b,\*</sup>,  
Miquel Perona Pagán<sup>b</sup> y Gemma Puig Ponsico<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Medicina Interna Hospital Sant Camil, Consorci Sanitari Garraf (CSG), Barcelona, España*

<sup>b</sup> *Atención Primaria, Servicio de Atención Primaria (SAP) Alt Penedes Garraf, Medicina Interna, Hospital Sant Camil Consorci Sanitari Garraf (CSG), Barcelona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cgallardo.cp.ics@gencat.cat](mailto:cgallardo.cp.ics@gencat.cat)  
(C. Gallardo Sánchez).

doi:10.1016/j.aprim.2010.01.023