

Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna

Miquel Torres Salinas^a, Josep A. Capdevila Morel^b, Pedro Armario García^c, Santiago Montull Morer^d y grupo de trabajo* de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña

^aFundación Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona.

^bHospital de Mataró. Mataró. Barcelona.

^cHospital General de l'Hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

^dFundació-Asil Hospital de Granollers. Granollers. España.

Los avances tecnológicos introducidos en medicina en los últimos años han permitido una evolución de la atención sanitaria hacia fórmulas que apuestan por alternativas a la hospitalización convencional, como ha ocurrido en las especialidades quirúrgicas con la cirugía mayor ambulatoria. Los servicios de medicina interna siguen siendo piedras angulares tanto en los hospitales comarcales¹ como en los de alta tecnología². Los internistas se han adaptado a los cambios de un sistema de salud en el que los pacientes son cada vez de edad más avanzada, con pluripatología crónica. El internista se ha convertido en un «gestor de casos», con una visión de trabajo en equipo, que ofrece continuidad asistencial entre la atención hospitalaria y la atención primaria. Para ello se ha tenido que inventar (racionalizar) nuevas formas de atención que pivotan alrededor del paciente (servicio sanitario) y no alrededor del espacio donde se presta este servicio (cama hospitalaria). Así, en la última década se han generado alternativas a la hospitalización convencional (AHC), que hoy cuentan con una amplia experiencia y permiten dar una respuesta adecuada a la atención de las enfermedades más prevalentes, tanto en su vertiente diagnóstica como terapéutica³. La importancia de estas AHC obedece al contexto hospitalario actual, en el que se asiste a una disminución de las camas para pacientes agudos, junto a las presiones internas y externas para aumentar la efectividad y eficiencia de todos los recursos sanitarios. Estas AHC suponen un ahorro económico al conjunto del sistema y un mayor grado de satisfacción y comodidad para el paciente, asegurando y manteniendo la calidad asistencial. En el presente artículo se describen las principales AHC que se han puesto en marcha en la mayoría de los servicios de medicina interna de los hospitales de Cataluña en estos últimos años.

Unidades de hospitalización domiciliaria

Hasta principios del siglo XX, la asistencia médica se efectuaba principalmente en el domicilio del paciente. Posteriormente, fue el ámbito hospitalario el que se consolidó como óptimo para la atención de los pacientes, hecho favorecido por la concentración de tecnología en los centros. En 1947 se creó en Nueva York la primera unidad de hospitalización

domiciliaria (UHD), modalidad que se fue extendiendo en Estados Unidos y Canadá. En Europa este tipo de asistencia se inició más tarde. En España, la primera de estas unidades se creó en Madrid en 1981. Ya en la década de los noventa, recibieron un importante impulso en el País Vasco y la Comunidad Valenciana. En Cataluña estas unidades se han implantado progresivamente en los últimos 10 años⁴⁻⁶. La hospitalización a domicilio es una alternativa asistencial capaz de proporcionar, en el domicilio del paciente, cuidados médicos y de enfermería propios del hospital. La asistencia a domicilio se caracteriza, al igual que en el hospital, por su transitoriedad y finaliza con el alta definitiva o, eventualmente, con el fallecimiento del paciente o su reingreso en el hospital. Permite la utilización de técnicas más o menos complejas, tanto diagnósticas como terapéuticas, que se realizan en el domicilio. La visita médica o de enfermería se realiza a diario y se coordina con la familia. Para admitir a un paciente en un programa de hospitalización a domicilio, se requieren unos criterios de inclusión previamente consensuados por el equipo responsable de la UHD, que se muestran en la tabla 1. También se requiere que el personal sanitario del equipo de UHD goce de un entrenamiento previo⁷.

Las enfermedades que se puede atender en una UHD van desde las propiamente quirúrgicas (pacientes postoperatorios de afecciones no consideradas dentro del marco de la cirugía mayor ambulatoria) a las médicas, tanto agudas como crónicas reagudizadas. Ejemplos de afecciones médicas tributarias de atención en la UHD son la neumonía, la gastroenteritis aguda, las infecciones del tracto urinario o de partes blandas, las infecciones controladas que precisan un tratamiento antibiótico prolongado (endocarditis, osteomielitis...), el asma bronquial, las reagudizaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la insuficiencia cardíaca, las descompensaciones de la diabetes mellitus, la artritis, la enfermedad cerebrovascular aguda, la trombosis venosa profunda o las complicaciones derivadas del tratamiento oncológico, entre otras^{4,8-11}.

No todos los pacientes atendidos en el hospital son, por tanto, candidatos a recibir asistencia en una UHD. En la hospi-

TABLA 1

Requisitos mínimos para la hospitalización domiciliaria

Estancia previa en el hospital
Diagnóstico de certeza
Enfermedad estabilizada
Cuidador en el domicilio (apoyo familiar)
Acceso a los servicios sanitarios
Equipo médico-enfermería motivado
Consentimiento informado

*Los investigadores que lo integran se detallan al final del artículo.

Correspondencia: Dr. Miquel Torres.

Servicio de Medicina Interna. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Avda. Mossèn Pons i Rabadà, s/n. 08923 Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. España.

Correo electrónico: mtorres@hes.scs.es

Recibido el 5-10-2004; aceptado para su publicación el 3-12-2004.

talización domiciliaria se puede administrar medicación por vías inhalada, intramuscular o intravenosa y utilizar bombas de perfusión, oxigenoterapia, transfusiones, quimioterapia o diálisis. También se pueden recoger muestras microbiológicas, realizar extracciones de sangre venosa o arterial y glucemias capilares, colocar sondas nasogástricas, realizar sondajes vesicales, practicar pulsioximetrías, *peak flow*, electrocardiograma o curas de heridas, entre otros procedimientos. Recientemente, la aplicación de la bioingeniería mediante la telemetría a distancia abre nuevas perspectivas a la hospitalización domiciliaria y al control del paciente a distancia. El papel de la enfermera en la instrucción del paciente y la familia es fundamental, así como lo es el del cuidador. La posibilidad de un contacto inmediato entre el paciente y el equipo de atención mediante un teléfono directo posibilita las consultas ante cualquier eventualidad que, en caso de empeoramiento, puede conducir al reingreso del paciente. Ésta es una circunstancia excepcional si la selección de los candidatos se ha efectuado de acuerdo con los criterios de inclusión consensuados previamente.

La integración de las UHD en los servicios de medicina interna facilita el aporte de pacientes y garantiza la calidad asistencial. Un estudio reciente analiza la actividad asistencial de una UHD y la compara con la del servicio de medicina interna de un hospital comarcal (Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet, Barcelona). Se ha evaluado a más de 1.000 pacientes hospitalizados en la UHD en el período comprendido entre enero de 1999 y julio de 2002, comparándolos con pacientes que permanecieron ingresados en el hospital durante todo el ingreso, afectados de los mismos procesos y con igual grado de gravedad. Se observó que los pacientes de la UHD tuvieron una estancia media total (hospital-UHD) inferior a la de los pacientes ingresados únicamente en el hospital, y también fueron inferiores los porcentajes de mortalidad y de reingresos a 30 días¹².

Las UHD permiten mejorar los recursos sanitarios y aumentar el número de camas disponibles en el hospital. Además, ofrecen una atención más individualizada, disminuyen los riesgos inherentes a una hospitalización prolongada, como la infección nosocomial, y permiten mantener el entorno y el bienestar propios del domicilio del paciente. En la tabla 2 se exponen las principales ventajas de la hospitalización domiciliaria.

Las UHD facilitan la interrelación entre médicos especialistas y de atención primaria, permitiendo la colaboración y el intercambio de experiencias entre estos 2 niveles asistenciales, tanto en aspectos de gestión de casos como de docencia e investigación¹³.

Unidades de diagnóstico

En los últimos años se han desarrollado diversos dispositivos asistenciales ambulatorios, en el seno de servicios de medicina interna, orientados a la resolución de problemas diagnósticos¹⁴⁻²¹. Dentro de su heterogeneidad, estas unidades pueden agruparse en dos tipos diferenciados sobre la

base de su objetivo principal: las dirigidas a estudiar a pacientes con sospecha de enfermedad grave (unidades de diagnóstico rápido [UDR]¹⁴⁻¹⁸ y las focalizadas a mejorar los circuitos de derivación de atención primaria (consultas de orientación diagnóstica [COD])¹⁹⁻²¹.

Unidades de diagnóstico rápido

Las UDR representan una nueva forma asistencial ambulatoria dirigida al estudio de pacientes en los que no se puede demorar el diagnóstico. Respecto a la hospitalización convencional, los pacientes son atendidos en un régimen de asistencia menos costoso, con la misma disponibilidad de medios diagnósticos que los ingresados y sin merma en la calidad asistencial. Constituyen una modalidad asistencial poco conocida al no haber demasiadas referencias bibliográficas y por las escasas experiencias en nuestro entorno¹⁴⁻¹⁷. La llamada consulta única o de alta resolución, recientemente descrita, es también una forma de consulta rápida que intenta establecer el diagnóstico y el tratamiento en una sola jornada, si bien esta alta resolución no siempre es posible en pacientes complejos que precisan diversas exploraciones complementarias y que con frecuencia requieren una preparación previa¹⁸.

El funcionamiento de una UDR se basa en disponer de una primera visita inmediata, de la preferencia en la realización de las exploraciones complementarias y de una óptima coordinación entre ellas. Es fundamental consensuar entre los servicios clínicos y centrales los procesos que deben ser valorados en esta unidad. También es indispensable que el paciente y sus cuidadores acepten el estudio diagnóstico en régimen ambulatorio y que el estado general del paciente, su soporte familiar y otros aspectos sociales no impidan o dificulten los desplazamientos repetidos al hospital.

La experiencia de la UDR del Hospital General de Granollers se inició en 1997, y desde entonces se ha atendido a 4.500 pacientes, con una edad media (DE) de 56,5 (18,9) años. La demora de una primera visita es inferior a 3 días, y el intervalo desde la primera visita al diagnóstico es de 5 días, con una media de 2,4 visitas por paciente¹⁵.

Los motivos de consulta suelen coincidir entre las UDR de diferentes hospitales y en el 70% de los casos se concentran en los siguientes cuadros sindrómicos: dolor abdominal, manifestaciones constitucionales, déficit neurológicos, anemia, alteraciones radiológicas, tumoraciones palpables, adenopatías, rectorragia, síndrome febril y hemoptisis. Ello permite establecer un perfil de paciente que creemos que puede ser tributario de estudio en una UDR, lo cual puede facilitar una mejor adecuación de los pacientes que son derivados a ella. Cabe señalar que las enfermedades neoplásicas representan un diagnóstico frecuente en estas unidades, el segundo grupo diagnóstico en nuestro medio, después de las enfermedades digestivas^{16,17}. La sospecha de cáncer, por la gravedad, el pronóstico y la repercusión psicológica que comporta, obliga a agilizar las exploraciones complementarias para confirmar el diagnóstico lo antes posible. En este sentido, es necesaria una asistencia coordinada de estos pacientes a través de unidades especializadas o equipos multidisciplinarios para reducir demoras en el diagnóstico^{22,23}. Creemos que las UDR son un recurso eficaz en el estudio diagnóstico de dichas enfermedades, ya que permiten reducir los tiempos de espera de los pacientes con cáncer²⁴, entre otros procesos.

Cabe señalar también que el ahorro del ingreso hospitalario de muchos de los pacientes visitados en UDR mejora los índices de hospitalización inadecuada^{25,26} y representa una liberación permanente de camas en el servicio de medicina

TABLA 2

Ventajas de la hospitalización domiciliaria

Comodidad para el paciente
Respeto a la privacidad
Permite evaluar el entorno del paciente y modificarlo si procede
Permite una educación sanitaria del paciente y su entorno
Evita infecciones nosocomiales
Disminuye el gasto sanitario
Facilita camas hospitalarias para usos alternativos

interna. Las encuestas de opinión realizadas a estos pacientes muestran un alto grado de satisfacción en el 95% de los casos y una preferencia de este modelo asistencial ante la posibilidad de requerir un nuevo estudio diagnóstico, aun en los pacientes con experiencia de ingresos hospitalarios previos¹⁵.

En las UDR es clave la figura del médico internista al frente de ellas, por su polivalencia y capacidad de valoración integral del paciente, ya que en la mayoría de los casos las manifestaciones clínicas iniciales no permiten orientar el problema o problemas a una especialidad concreta. No obstante, el internista necesita el soporte de las especialidades para determinadas valoraciones clínicas e instrumentales que contribuyan a la obtención del diagnóstico.

Las posibilidades docentes de las UDR son de enorme interés. Los médicos de familia y los residentes de medicina interna y de medicina familiar y comunitaria que rotan por estas unidades pueden adquirir una base de conocimientos sólida para afrontar gran parte de los problemas diagnósticos que se plantean en el área médica. La interrelación estrecha con los servicios centrales y los gabinetes diagnósticos les permite profundizar en el conocimiento de múltiples aspectos de las diferentes pruebas complementarias que son básicos para su correcta indicación e interpretación. Pero más allá de los aspectos técnicos concretos, quizás los aspectos docentes más relevantes se desarrollen en el terreno comunicativo y del trabajo en equipo. Las valoraciones positivas de los residentes respecto a su rotación por la UDR avalan estas cualidades docentes¹⁷.

A su vez, las UDR ofrecen la posibilidad de explorar áreas de investigación clínica hasta ahora poco analizadas, como la importancia de las demoras diagnósticas de afecciones neoplásicas y su posible impacto en términos de supervivencia, los estudios epidemiológicos de cuadros sindrómicos, la eficiencia en la utilización de recursos hospitalarios, y otros^{24,27,28}.

Consultas de orientación diagnóstica

Este tipo de unidades tiene como principal misión servir de apoyo a la atención primaria en la evaluación diagnóstica de procesos que requieren un trato preferente y mejorar el acceso de los pacientes a la atención especializada. En comparación con las UDR, la relevancia de las COD se sitúa en la escasa demora para la evaluación inicial y en la coordinación con la atención primaria, más que en el poder resolutivo y en la rapidez del proceso diagnóstico.

El espectro sindrómico del paciente derivable a la COD es más amplio que el de la UDR, al no restringirse a los casos con una probable enfermedad subyacente grave. Su funcionamiento se basa en la valoración médica ágil de un amplio abanico de problemas diagnósticos, en ocasiones limitados al ámbito de determinadas especialidades médicas y su posterior derivación al nivel asistencial más adecuado.

Este papel de filtro entre la atención primaria y atención especializada, canalizando gran parte de las valoraciones preferentes solicitadas, permite eliminar las esperas prolongadas para la primera visita en distintas consultas de atención especializada²¹. Con ello se evita la búsqueda de otros sistemas que faciliten la atención rápida, como el uso inadecuado de servicios de urgencias y, en ocasiones, la subsiguiente hospitalización inadecuada.

Otras veces adquieren también un enfoque de seguimiento clínico rápido tras una valoración diagnóstica inicial en otro ámbito¹⁹. Este apoyo ambulatorio preferente permite obviar la necesidad de ingreso hospitalario cuando no hay una situación clínica que precise medidas de atención urgentes.

Es el caso de la Consulta de Orientación y Asistencia Rápida del Hospital Verge de la Cinta de Tortosa, que ha valorado a 696 pacientes desde el inicio de su funcionamiento en el año 2000. La demora de atención en la unidad suele ser inferior a los 5 días, y se da de alta de la unidad al 85% de los casos tras la primera visita. Un 18% es remitido de nuevo a la atención primaria y menos de un 5% de los casos son ingresados.

También en este tipo de consultas la figura del internista es esencial. Sus habilidades multidisciplinarias permiten que afronte con garantías esta función de filtro entre los distintos niveles asistenciales sin merma cualitativa.

Las posibilidades docentes y de investigación de las COD son parecidas a las apuntadas en las UDR, aunque probablemente sean más limitadas dado su distinto enfoque, más canalizador y de apoyo que de resolución diagnóstica de síndromes complejos.

Hospitales de día

Los hospitales de día (HD) son consecuencia de una necesidad asistencial²⁹⁻³³. El desarrollo extraordinario de la quimioterapia antineoplásica permitió abordar cada vez con mayor éxito el tratamiento de enfermedades en los ámbitos de la oncología y la hematología. Realizar estos tratamientos sin necesidad de mantener a los pacientes ingresados durante períodos prolongados mostró al menos 3 ventajas sobre la situación previa: mantener el mayor tiempo posible al paciente en su entorno habitual familiar y personal, evitar complicaciones inherentes a la hospitalización prolongada y reducir los costes del ingreso hospitalario.

El ejemplo se extendió pronto a las enfermedades psiquiátricas graves, con un componente social añadido. Los HD permitieron conciliar la necesaria contención familiar que precisan estas enfermedades con un adecuado control médico, disminuyendo la necesidad de ingresos prolongados. Se utilizaron para reducir la duración del ingreso, como un paso intermedio al alta hospitalaria. El fin de estas unidades es más la reinserción social del paciente que el tratamiento médico en sí.

Por último, y aunque no se los haya denominado tan generalizadamente hospitales de día, muchas unidades de rehabilitación se crearon como un eslabón intermedio entre la hospitalización y la vuelta al entorno sociofamiliar, facilitando la recuperación o la readaptación en muchos procesos invalidantes, especialmente del tipo neurológico vascular. En los 3 casos se trataba de poner a disposición de los pacientes y de su entorno las posibilidades de cuidado hospitalario durante el tiempo necesario sin requerir el ingreso prolongado.

Si estas 3 líneas previas se potenciaron en nuestro país a partir de los años ochenta, fue en los noventa cuando apareció con toda su crudeza la necesidad de atender a la epidemia de sida. En esta ocasión fue cuando los internistas asumieron el papel de promover AHC para tratar a los pacientes con múltiples infecciones oportunistas, así como la profilaxis primaria y secundaria de éstas, efectuar el diagnóstico precoz de las complicaciones y conseguir el abordaje multidisciplinario de un problema tan poliédrico^{30,31}.

Actualmente, sólo necesitamos consultar las páginas web de algunos hospitales para observar que hay HD de todo tipo: de cualquier especialidad, monográficos o polivalentes, de especialidades globales o enfermedades concretas, exclusivos para tratamiento o mixtos, médicos y quirúrgicos. El único punto en común que encontraremos entre ellos es que están cerrados durante las noches y los fines de semana, con el consiguiente ahorro de recursos. Al contrario de

TABLA 3

Actividad asistencial en hospital de día y hospitalización convencional en Cataluña: comparación entre los años 1999 y 2002

	1999	2002
N.º de altas HC	747.482	847.175
N.º de altas HD	111.317	171.367
Relación HC/HD	6,7	4,9
N.º de altas HD, según el tipo de proceso		
Quimio/radioterapia	27.218	39.399
Infección por el VIH	12.992	7.385
EPOC	3.145	4.764
Esquizofrenia	2.675	4.111
Diabetes mellitus	2.079	4.045
Insuficiencia cardíaca		1.640

HC: hospitalización convencional; HD: hospital de día. VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

TABLA 4

Procesos tributarios de ingreso en una unidad de corta estancia

Insuficiencia cardíaca
Cardiopatía isquémica avanzada con múltiples reingresos
Síncope en estudio
Crisis hipertensiva no controlada
Arritmia por fibrilación auricular no controlada en urgencias
ictus transitorio de alto riesgo
Intoxicaciones
Neumonía adquirida en la comunidad
Enfermedad respiratoria crónica no hipercápnica
Descompensación hiperglucémica
Caídas domiciliarias en ancianos
Golpes de calor en verano
Virosis complicadas en invierno

lo asumido corrientemente, lo más característico del HD no es su estructura, sino el hecho de que promueve un cambio cultural en la asistencia que permite organizar las posibilidades asistenciales del hospital, diagnósticas y terapéuticas, de una forma más lógica y ágil que la rígida estructura de las salas de hospitalización convencional.

Los puntos clave de la organización asistencial en los HD son 3: la flexibilidad organizativa en función de la realidad asistencial de cada centro, la organización por procesos asistenciales y la actuación multidisciplinaria con un liderazgo claro.

En el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) hay un apartado específico de HD³³. Al margen de las consideraciones previas de los diversos modelos de HD de centros, el concepto actual de HD está definido por estamentos oficiales, como la Conselleria de Salut, y podemos consultarlos en los documentos de «Activitat Assistencial de la Xarxa Sanitària de Catalunya». Sin embargo, la definición de HD para el Servei Català de la Salut a efectos contables no es siempre coincidente con la orientación práctica que hemos expuesto en este artículo y muchos centros siguen. Aun con esta limitación, la evolución de la actividad de los HD y su comparación con la actividad de la hospitalización convencional son muy elocuentes y se muestran resumidas en la tabla 3. La actividad de HD ha aumentado un 54% en 4 años, mientras que las altas de hospitalización convencional han crecido sólo un 13%.

Unidades de estancia corta

Las unidades de estancia corta (UEC) o, dicho de otra forma, las salas de alta rápida, están destinadas a estabilizar a los pacientes con problemas agudos de baja complejidad diagnóstica y pocos requerimientos terapéuticos y, por tanto, deben permitir altas en períodos inferiores a los 5 días.

Esta alternativa a la hospitalización convencional tiene 2 justificaciones. La primera viene dada por la necesidad de ofrecer al servicio de urgencias un volumen de camas diarias que contribuya a evitar su saturación; la segunda es evitar la utilización de camas de especialización por parte de los pacientes que no se beneficiarán de un valor añadido por dicho ingreso³⁴.

El interés asistencial de estas unidades se centra en ubicar al paciente en el ámbito asistencial más adecuado teniendo en cuenta los «Criterios de Hospitalización y Estancia Adequada», a los que habría de añadirse también la necesidad de los cuidados que genera la enfermedad.

La tipología de los pacientes candidatos a las UEC responde a las que requieren ingresos superiores a 24 h, pero pueden ser solucionados en menos de 5 días, y no necesitan recursos adicionales extraordinarios^{35,36}. Estos pacientes suelen ser enfermos crónicos bien estudiados previamente y con un tratamiento adecuado, que aquejan una exacerbación de su enfermedad de base. En estos pacientes el único objetivo es controlar dicha descompensación (p. ej., insuficiencia cardíaca descompensada).

El *case mix* de los pacientes de las salas de alta rápida debe responder a un conjunto de características comunes, indistintamente del motivo de su ingreso y diagnóstico final. La primera característica es la gravedad de estos pacientes, que debe de ser baja; esto supone una serie de condicionantes: a) un nivel de vigilia bueno; b) un riesgo objetivo de parada cardiorrespiratoria mínimo; c) no ser previsible la necesidad de ventilación mecánica por su enfermedad de base; d) no necesitar fármacos vasoactivos en perfusión con la excepción de antiarrítmicos, y e) no requerir apoyo nutricional parenteral o por sonda nasogástrica. Es conveniente desarrollar criterios clínicos de adecuación de ingreso para estas áreas de atención y aplicar escalas objetivas de gravedad (tipo escala APACHE).

Estos límites buscan, en primer lugar, adecuar las salas a su función real y, por tanto, evitar la sobrecarga de trabajo de enfermería que bloquearía su eficiencia. En segundo lugar, es necesario que, previamente a su ingreso, los pacientes hayan sido independientes en sus actividades de la vida diaria y, en caso contrario, tener un soporte en su entorno capaz de suministrarles los cuidados que requieran. Esta última característica evita que los pacientes puedan bloquear las camas en las salas, mientras se les busca un soporte social que pueda acogerlos.

Los procesos más comúnmente tributarios de ingreso en una UEC se recogen en la tabla 4. En cualquier caso cada hospital debe adecuar estas salas a sus necesidades, donde pueden tener cabida especialidades quirúrgicas y pacientes terminales de cuidados paliativos.

Para poder cumplir con sus objetivos, las UEC precisan un incremento de los recursos específicos. Además, estos dispositivos asistenciales deben someterse a un análisis continuado de sus resultados con el fin de valorar si la relación coste-eficacia es satisfactoria. En este sentido, deben monitorizarse periódicamente unos estándares de funcionamiento/calidad entre los que destacamos los siguientes:

- Tiempo de estancia ≤ 4 días en el 80% de los pacientes.
- Un porcentaje inferior al 20% del total de altas dirigidas a hospitales de apoyo o residencias asistidas.
- Mantener diariamente un número de altas que corresponda al 20-30% del total de camas de la sala.
- El número de reclamaciones debería ser mínimo.
- El número de reingresos en las primeras 48 h del alta debe ser idealmente inferior al 2% del total de altas.

– La satisfacción de los médicos de urgencias por el apoyo que presta esta sala debe superar un índice de aceptación del 80%.

Unidades de atención por procesos asistenciales

Un alto porcentaje de los pacientes que ingresan en los servicios de medicina interna presentan agudizaciones de enfermedades crónicas. Una asistencia adecuada a estos pacientes no puede ceñirse exclusivamente a la resolución del problema agudo, porque éste es sólo un acontecimiento –por más que sea recurrente– en el curso de su enfermedad.

El perfil más frecuente de los pacientes que precisan hospitalización por problemas no quirúrgicos corresponde actualmente al de un paciente con pluripatología –lo que frecuentemente se asocia con polifarmacia–, que ingresa por la descompensación de una enfermedad crónica, a menudo con una edad avanzada y cada vez con más problemas asociados (sociales, de dependencia, de deterioro cognitivo y problemas emocionales, entre otros).

Estos pacientes, que son la mayoría, necesitan del concurso de distintas especialidades y profesionales: médicos de más de una especialidad, una enfermería cada vez más especializada, fisioterapia, terapia ocupacional, dietética y trabajo social. Es decir, es necesario el trabajo en equipos interdisciplinarios. Puede que el paciente haya ingresado por un solo problema, pero es muy probable que durante el ingreso se descompense alguna de sus otras enfermedades crónicas, presente algún grado de desorientación temporoespacial, se deprima o tenga problemas derivados de la inmovilidad a que le ha obligado la propia hospitalización, por citar sólo algunos ejemplos. No es infrecuente que el resultado sea que el paciente sea dado de alta –con los problemas «orgánicos» finalmente resueltos o estabilizados– en una situación distinta de la que tenía antes de la actual agudización: con más dependencia, con una nueva y complicada pauta terapéutica, en definitiva, en una situación que supera su capacidad de adaptación y la de su entorno sociofamiliar. Por tanto, y a menos que nos conformemos con asistir a los múltiples reingresos de estos pacientes, es imprescindible que garanticemos la continuidad asistencial, que pasemos de «tratar episodios a tratar pacientes», y que lo hagamos con una visión holística del individuo. Para ello, estos equipos interdisciplinarios deben ser transversales: atención primaria-atención hospitalaria-atención sociosanitaria. El internista debe pasar de ser un médico con visión meramente integral del paciente (visión global de todos los órganos y sistemas) a tener una visión integradora, es decir, no centrarse exclusivamente en una enfermedad, sino en el paciente y su entorno social.

Un proceso comprende una serie de actividades realizadas por distintos departamentos del sistema sanitario³⁷. El rasgo clave de la atención por procesos es que nos centramos en el paciente. Debe sustentarse en guías clínicas basadas en la mejor práctica médica. Requiere la implicación de los profesionales y de sistemas de información compartidos³⁸.

Obviamente, no es necesario disponer de una unidad de atención por procesos para cada enfermedad. En la elección de los procesos clínicos concretos hay que tener en cuenta su prevalencia, el impacto social y la aportación de valor añadido a los pacientes, entre otros aspectos³⁹. En general, se seleccionan enfermedades altamente prevalentes y que requieren la participación de distintos profesionales para su asistencia óptima (p. ej., EPOC, insuficiencia cardíaca, cirrosis hepática y accidentes cerebrovasculares, entre otros).

La constitución de una unidad de estas características requiere varios pasos sucesivos:

Definición del estándar: la atención adecuada, la guía clínica. Es importante que todos los profesionales que intervienen en la atención a los pacientes con ese proceso utilicen la misma guía clínica. El modo de garantizarlo es que sea «su guía», que la hayan elaborado (o adaptado a su entorno) de manera consensuada y que la guía incluya la definición de quién hace qué en cada momento, criterios de derivación al hospital, criterios de estabilidad y retorno a la atención primaria desde las consultas externas del hospital, etc.

Definición del proceso: qué hay que hacer en cada momento del proceso (que no empieza con el ingreso hospitalario, sino mucho antes, y no acaba en el momento del alta, sino mucho después), qué atención se necesita y qué dispositivos.

Es cuestión de revisar el proceso tal como es y remodelarlo de manera que se eliminen las partes que no aportan valor añadido y se mejoren todos los aspectos posibles: eliminación de duplicidades, reducción de la burocracia, simplificación de las distintas partes, disminución del tiempo de ciclo del proceso, mejora de los circuitos de información y comunicación, etc.³⁷⁻⁴⁰. Esta revisión debe hacerse con la participación e implicación de los profesionales, teniendo en cuenta el objetivo final (la atención sanitaria que debe recibir el paciente en cada momento), y con la mente abierta a nuevas posibilidades de organización. Una vez revisado y remodelado el proceso, hay que definir sistemas de evaluación y seguimiento.

Creación del equipo interdisciplinario: debe estar formado por profesionales de todas las disciplinas que participan en algún momento en la atención a los pacientes con ese proceso (p. ej., unidad funcional de ictus: internista, neurólogo, médico rehabilitador, médico de familia, geriatra, enfermeras, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda, trabajadora social y dietista).

Flujos de información y circuitos: compartir información hace equipo. Es imprescindible la fluidez de la información clínica entre todos los miembros del equipo; lo ideal sería una historia clínica informatizada y compartida para el hospital, la atención primaria y la atención sociosanitaria.

El trabajo interdisciplinario en equipos requiere coordinación. Éste es un papel que se adapta perfectamente al perfil profesional de los internistas, formados en una visión integral e integradora de los pacientes y con amplia experiencia en cohesionar los diferentes enfoques de cada especialidad para individualizar las decisiones en cada caso concreto.

Se ha dicho que el internista es el generalista del hospital. Es probable que el tandem entre internistas y médicos de familia sea un eje idóneo para garantizar la continuidad de la atención de los pacientes, y que ambos forman parte de un equipo interdisciplinario único para cada proceso prevalente: un mismo equipo para el hospital y la atención primaria, que trabaja de manera siempre coordinada, aunque asuman protagonismos diferentes en cada momento del proceso. En definitiva, cada uno hace su trabajo (el de siempre) pero de una manera coordinada y con una finalidad conjunta.

Sería deseable que la formación de los futuros profesionales incluyera el trabajo en estas unidades de atención por procesos, porque entre las habilidades y capacidades que debe tener un buen internista se incluyen, además de los conocimientos técnicos, la capacidad de trabajo en equipo. La velocidad a la que se crea conocimiento es cada vez mayor, como lo es la cantidad y la diversidad de conocimientos necesarios para atender con excelencia a los pacientes. Esto hace materialmente imposible que un médico domine

todas las disciplinas necesarias, el único camino posible es el trabajo en equipo, para lo cual también hay que aprender.

Por último, el trabajo de estas unidades de atención por procesos, sobre todo cuando su trabajo no cesa en la puerta del hospital, permite un seguimiento detallado y a largo plazo, lo que las hace óptimas para la investigación clínica y con «pacientes reales» (enfermos que con frecuencia no cumplen los criterios de inclusión de muchos ensayos clínicos en los que a menudo basamos las decisiones terapéuticas que aplicamos a nuestros pacientes).

En resumen, las alternativas a la hospitalización convencional (AHC) introducidas en la última década se están consolidando como formas de atención sanitaria distintas de la hospitalización tradicional. La utilización de las AHC está indicada en muchos de los procesos médicos, y su adaptación a la tipología del paciente mayor y frágil constituye un reto en la actualidad.

Las AHC confieren un buen grado de satisfacción y comodidad al paciente, ya que mantiene la calidad asistencial, convirtiéndolas así en dispositivos asistenciales eficientes para el sistema sanitario, dado que en su globalidad suponen una disminución de la necesidad de camas para los pacientes agudos en los hospitales.

La diversidad de procesos tratados y la necesidad de una visión integral e integradora del paciente hacen que el internista sea un buen profesional para liderar estas unidades. Las AHC deberían incluirse en los programas de formación MIR de los especialistas médicos, y también deben considerarse desde el ámbito investigador y el de gestión hospitalaria.

Grupo de trabajo de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña

Margarita Admetlla Falgueras. Hospital de Viladecans.
 Jordi Altés Capellà. Hospital Comarcal de l'Alt Penedès de Vilafranca del Penedès.
 José Manuel Baucells Azcona. Hospital Sant Camil de Sant Pere de Ribes.
 Felip Bella Cueto. Hospital de Terrassa.
 Domingo Bofill Montoro*. Hospital Verge de la Cinta de Tortosa.
 Josep M. Marcos Bruguera. ALTHAIA de Manresa.
 Jacint Cabau Rúbies. Hospital de Santa María de Lleida.
 Mateu Cabré Roure*. Hospital de Mataró.
 Santiago Capell Font*. Fundació-Asil Hospital de Granollers.
 Francesc Cardellach López. Hospital Clínic de Barcelona.
 Anton Cartanyà Benet. Pius Hospital de Valls.
 Manuel Cervantes García*. Corporació Sanitaria Parc Taulí de Sabadell.
 Pere Comas Casanova*. Hospital de Figueres.
 Francesc Deulofeu Fontanillas*. Hospital de Sant Celoni.
 Miquel Esquiñà Ausió. Hospital Sant Bernabé de Berga.
 Fernando García-Bragado Dalmau. Hospital Josep Trueta de Girona.
 Jordi Grau Amorós. Hospital Municipal de Badalona.
 Josep M. Grau Junyent. Hospital Clínic de Barcelona.
 Angels Martos Rodríguez*. Hospital Sant Jaume de Calella.
 Angels Masabeu Urrutia. Hospital de Pàlamos.
 Rita Massa Puig. Hospital Comarcal de la Selva de Mar.
 Ferran Nonell Gregori*. Fundació Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet.
 Joaquim Oristrell Salvà. Corporació Sanitaria Parc Taulí de Sabadell.
 Josep Orobitg Huguet. Hospital Mora d'Ebre.
 Ramon Pujol Farriols. Hospital de Bellvitge de l'Hospitalet de Llobregat.
 Celestino Rey-Joly. Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona.
 Eugeni Rodríguez Flores*. Fundació Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet.
 Francesc Rosell Abarra. Hospital Sagrat Cor de Barcelona.
 Juan Ruiz Fernández. Hospital Sant Joan de Déu de Martorell.
 Domingo Ruiz Hidalgo*. Hospital de Sant Pau de Barcelona.
 Pilar Sardà Auré. Hospital Sant Joan de Reus.
 Enric Subirats Bayego. Hospital de Puigcerdà.
 Guillermo Vázquez Mata*. Hospital de Sant Pau de Barcelona.
 Miquel Vilardell Tarrés. Hospital Vall d'Hebron.
 Josep Vilaró Pujals. Hospital General de Vic.

*Equipo redactor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jefes de Servicio de Medicina Interna de los hospitales comarcas de Cataluña. El futuro de los servicios de medicina interna de los hospitales comarcas de Cataluña: líneas estratégicas en el contexto del cambio de la Sanidad. *Med Clin (Barc)*. 1993;100:587-90.
2. Cardellach F. Fundamentos para la justificación de la presencia de los servicios de medicina interna general en los hospitales de tercer nivel. *Todo Hospital*. 2003;196:257-68.
3. Damborenea MD, Vadivieso B, González VJ, Melero M, Silva M, Sanroma P, et al. Hospitalización a domicilio. Barcelona: Hoechst Marion Rousell; 1998.
4. González VJ, Valdivieso B, Ruiz V. Hospitalización a domicilio. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:659-64.
5. Levine SA, Boal, Boling PA. Home care. *JAMA*. 2003;290:3069-70.
6. Parra I, Valls P. Hospitalització a domicili. Una nova alternativa a l'hospitalització convencional. Informatiu de la Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme. 1998;21:7-11.
7. Jové N, Bugés J, Dorado MJ, Fernández MA, Rodríguez E. Hospitalización a domicilio. *Jano*. 1999;57:1779-82.
8. Güell R, González A, Morante F, Sangenís M, Sotomayor C, Caballero C, et al. Mejor en casa: un programa de asistencia continuada para los pacientes con EPOC avanzada. *Arch Bronconeumol*. 1998;34:541-6.
9. Miret C, Jové N, Rodríguez E, Sobrino J, Perales J, Prieto A, et al. Estudio comparativo de reingreso de pacientes con neumopatía atendidos en la unidad de hospitalización a domicilio. *Arch Bronconeumol*. 2000;6 Supl 2:92.
10. Jové N, Miret C, Rodríguez E, Sobrino J, Prieto A, Perales J, et al. Experiencia de la Unidad de Hospitalización en domicilio en pacientes ingresados por neumopatía. *Arch Bronconeumol*. 2000;6 Supl 2:93.
11. Bechich S, Sort D, Arroyo J, Delás J, Rosell F. Efecto de la Hospitalización a Domicilio en la reducción de la hospitalización convencional y frecuentación de urgencias en la insuficiencia cardiaca. *Rev Clin Esp*. 2000;200:310-4.
12. Jové N, Bombardó M, Rodríguez E, Dorado MJ, Vallés MJ, Fernández A, et al. Anàlisi comparatiu de l'activitat assistencial entre una unitat d'hospitalització a domicili i l'hospitalització convencional en un servei de medicina interna d'un hospital comarcal. X Congreso de la Societat Catalana de Medicina Interna. Barcelona, 15-17 de mayo de 2003.
13. Rosell F, Sort D. Docència e investigació en hospitalització a domicili. En: Damborenea MD, editor. Hospitalización a domicilio. Barcelona: Hoechst Marion Rousell; 1998. p. 23-33.
14. Kendall MJ, Toescu V, Wallace DMA. QED: quick and early diagnosis. *Lancet*. 1996;348:528-9.
15. 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.
16. 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.
17. Herranz S, Noguera A, Casanovas A, Jordana R, Monteaugudo M, Ciurana JM, et al. Consulta diagnóstica de medicina interna: objetivos y resultados. Experiencia 1998-2002 en la Corporació Sanitaria Parc Taulí. *Rev Clin Esp*. 2002;202 Supl 1:10-1.
18. Zambrana JL, Jiménez-Ojeda B, Marin M, Almazán S. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:302-5.
19. Piñas I, Ortí A, Chamarro C, Escrich C, Sanz N, Grima E, et al. La Unidad de Consulta Rápida como alternativa a la hospitalización convencional. *Rev Clin Esp*. 2002;202 Supl 1:181.
20. Rodríguez P, Barón B, García J, Pujol E, Otero JA. Consulta de orientación diagnóstica y terapéutica. *Rev Clin Esp*. 2002;202 Supl 1:9.
21. Lillo A, Beneyto M, Ramírez JJ, Nieto A, Sanchís V, Martínez I. Consulta de atención especializada (CAE): el internista como puente entre primaria y especializada. *Rev Clin Esp*. 2002;202 Supl 1:10.
22. Alberts WM, Bepler G, Hazelton T, Ruckdeschel JC, Williams JH Jr. Lung cancer. Practice organization. *Chest*. 2003;123 Suppl 1:332-7.
23. Lagenbach MR, Schmidt J, Neumann J, Zirngibl H. Delay in treatment of colorectal cancer: multifactorial problem. *World J Surg*. 2003;27:304-8.
24. Capell S, Piella T, Hernández-Bronchud M, Montull S. Unidad de diagnóstico sin ingreso (UDSI): un recurso eficaz para reducir los tiempos de espera en el cáncer. XXI Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Oviedo, 14-17 octubre de 2003.
25. Lorenzo S. Revisión de utilización de recursos: estudios realizados en España. *Rev Calidad Asistencial*. 1997;12:140-6.
26. Peiró S, Meneu R. Revisión de la utilización. Definición, concepto y métodos. *Rev Calidad Asistencial*. 1997;12:122-36.
27. Capell S, Piella T, Martínez F, Montull S. Diferencias en el diagnóstico de cáncer de pulmón y de colon según el lugar de atención: unidad de diagnóstico rápido frente a ingreso hospitalario. *Rev Clin Esp*. 2003;203 Supl 1:29.
28. Costa N, Casanovas A, Noguera C, Herranz S, García N, Jordana R, et al. Pérdida de peso involuntaria: descripción retrospectiva de 300 pacientes visitados en una consulta diagnóstica de Medicina interna. *Rev Clin Esp*. 2002;202 Supl 1:252.
29. Sauret J. Hospitales de día ¿generales o especializados? *Arch Bronconeumol*. 1994;30:477-8.

30. Grupo Asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre el sida. El hospital de día en la atención de los pacientes con infección por VIH/sida. Diciembre de 1998. Disponible en: http://ww1.msc.es/sida/asistencia/hospi_dia.htm
31. Vilaró J. Hospital de día. AIDS Cyber J. 2003;6:186-93. Disponible en: <http://www.prous.com/tmsida>
32. Marshall M, Crowther R, Almaraz AM, Tyrer P. Hospital de día versus atención ambulatoria para trastornos psiquiátricos (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Library plus en español, número 2, 2004. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://update-software.com/abstractsES/AB003240-ES.htm>
33. Servei Català de la Salut. Activitat Assistencial de la Xarxa Sanitària de Catalunya, 1999, 2002. Activitat Sanitària. Sèrie registre del CMBDAH, 06, 2004. Disponible en: http://wrow10.gencat.net/catsalut/cat/publicacions_llistat_8A.htm
34. Espinalba J, Vázquez G, Borrás P, Craywenckel G, Benito S, Casas F, et al. La reorganización de recursos para atender la sobredemanda de ingresos hospitalarios en invierno. Gestión Hospitalaria. 2000;11:3-9.
35. Vázquez G, Benito S, Cáceres E, Net A, Ruscalleda J, Rutllan M, et al. Una nueva concepción de urgencias: el Complejo de Urgencias, Emergencias y Críticos del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Rev Calidad Asistencial. 2001;16:45-54.
36. Vázquez G, Benito S, Ruiz D, Domingo P, Domingo G, Soler D, et al. La propuesta de rediseño del Servicio de Medicina Interna del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Rev Calidad Asistencial. 2004;19:20-6.
37. La Gestión por procesos. Servicio de calidad de la atención sanitaria, Servicio de salud de Castilla y la Mancha (SESCAM). Disponible en: www.chospab.es/calidad/U.Calidad/Documentos/Gestiondeprocesos.pdf (octubre de 2002).
38. Gestión por procesos en Andalucía: ¿Qué aportan? Medicina de Familia. 2002;3:159-60.
39. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Servicio andaluz de salud. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Disponible en: www.jormazabal.com/Procesos/Procesos/Mapa.pdf
40. Arcelay A. Gestión de procesos. Rev Calidad Asistencial. 1999;14: 245-6.