



TRABAJANDO JUNTOS

Unidades de diagnóstico rápido o consultas de atención inmediata en medicina interna. Análisis de los primeros 6 meses de funcionamiento en Palencia

S. Franco Hidalgo^{a,*}, J.M. Prieto de Paula^b, J.I. Martín Serradilla^a y J.L. Martín Carbayo^c

^a Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Palencia, Palencia, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^c Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Pintor Oliva, Palencia, España

Recibido el 23 de agosto de 2011; aceptado el 5 de octubre de 2011

Disponible en Internet el 18 de febrero de 2012

PALABRAS CLAVE

Continuidad asistencial;
Unidad de diagnóstico rápido;
Consulta de atención inmediata;
Consulta rápida;
Alternativas a la hospitalización

Resumen El extraordinario desarrollo experimentado por atención primaria (AP) y por las especialidades médicas no siempre se ha acompañado de una mejor organización del sistema sanitario. La escasa coordinación entre AP y Atención Especializada (AE), las listas de espera, la proporción de estancias e ingresos inadecuados o la inexistencia de mecanismos reales que permitan discriminar los casos graves de los banal en los pacientes en lista de espera, son situaciones que ilustran lo expuesto. Así pues, se plantea la necesidad de promover la continuidad asistencial entre los 2 niveles y de mejorar la atención de los pacientes, muy en especial la de aquellos con sospecha de enfermedad grave. En este contexto han nacido las Unidades de Diagnóstico Rápido, destinadas a mejorar la coordinación con AP y a disminuir las demoras principalmente en los casos graves. En el presente trabajo se realiza una revisión de las citadas unidades, y se presenta nuestra experiencia durante el primer semestre de funcionamiento. © 2011 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Continuity of medical care;
Quick and early diagnostic outpatient unit;
Immediate Care Clinic;
Rapid diagnosis;

Rapid diagnosis units or immediate health care clinics in internal medicine. Analysis of the first six months of operation in Palencia (Spain)

Abstract The extraordinary development experienced by Primary Care and medical specialties has not always been matched by better organisation of the health system. Waiting lists, the proportion of inappropriate stays and admissions, or absence of real mechanisms that enable to discriminate the severe cases from the banal in patients on the waiting list are situations that illustrate the above. Thus, the need arises to promote continuity of care between the two levels of care (Primary and Hospital) and improve patient care, most especially for those suspected of serious illness. In this context, Rapid Diagnostic Units were introduced; designed to improve

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: silvi26pras@hotmail.com (S. Franco Hidalgo).

Alternative to hospitalisation

coordination with Primary Care, and reduce delays especially in severe cases. In this paper, we review these units, and present our experience during the first six months of operation.
© 2011 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

Los servicios de medicina interna han sido durante años uno de los pilares asistenciales de nuestros hospitales. Desde el punto de vista cualitativo, porque conllevan un modo integrador, riguroso y eficiente de analizar los problemas derivados de la coexistencia de varias enfermedades o de la expresión multisistémica de procesos concretos^{1,2}. Desde el punto de vista de su actividad, porque son responsables de entre el 13 al 26% de las altas hospitalarias del sistema nacional de salud, según se trate de hospitales de mayor o menor complejidad^{3,4}.

El rápido desarrollo de las especialidades médicas –desligadas del tronco común de la medicina interna prácticamente desde su nacimiento– ha aportado, sin duda, mayor capacidad diagnóstica y terapéutica a la asistencia sanitaria. En suma, ha incrementado claramente la calidad técnica de nuestro quehacer asistencial⁵.

Sin embargo, la mayoría de los enfermos estudiados en los hospitales padecen más de una enfermedad o, en todo caso, esta afecta a más de un órgano o sistema. Es ilustrativo, en este sentido, el editorial de *Annals of Internal Medicine*, donde se refiere que los pacientes de hospitales universitarios presentaban una media de 5 problemas médicos, mientras que solo el 15% tenían un proceso aislado y definido⁶. En el mismo sentido, García-Morillo et al.⁷ encuentran que el 39% de los pacientes ingresados son pluripatológicos. Por ello, no es de extrañar que, sin perjuicio de la aportación de las especialidades médicas, una parte sustancial de los enfermos se beneficien de la visión global que ofrece la especialidad de medicina interna.

Al tiempo, y de acuerdo con numerosos estudios⁸⁻¹⁰, la falta de comunicación y de coordinación entre los distintos ámbitos asistenciales –tanto entre AP y AE, como entre los propios servicios hospitalarios– es evidente, y conlleva como consecuencia despilfarro de recursos (duplicación de pruebas diagnósticas, distintos especialistas en la atención del mismo proceso, parcelación de la asistencia, etc.), incremento incesante, superfluo y perjudicial de las listas de espera, pérdida de la continuidad asistencial y, lo que es aún peor, una continua fuente de errores en la asistencia.

En definitiva, el alto desarrollo técnico alcanzado tanto por la AP como por la medicina interna; el avance creciente de las especialidades médicas; el aumento ininterrumpido de sus carteras de servicios, y los avances tecnológicos y terapéuticos, van corriendo paralelos a un cierto desnoramiento y dislocación del sistema sanitario –por cierto, a escasos años de las transferencias sanitarias, mucho más evidente en unas comunidades autónomas que en otras– que no ha sido capaz de mejorar su capacidad organizativa^{11,12} para estar a la altura de las exigencias de la sociedad a quien se debe.

Estamos, pues, ante una conjunción de situaciones teóricamente favorables para conseguir una asistencia sanitaria de excelencia, pero sobrevolando a las mismas se presentan sombras que, de no solventarse, están poniendo en riesgo el propio sistema sanitario. Esto exige, entre otras cosas, la puesta en marcha de alternativas innovadoras en relación con las prestaciones asistenciales clásicas, y la mejora de la coordinación entre los servicios de AP y de AE.

Así las cosas, asistimos a una situación en la que, por poner algunos ejemplos ilustrativos, la proporción de ingresos y estancias inadecuadas en nuestros hospitales oscila en torno al 13-17%¹³, mientras que las listas de espera –quirúrgicas, de consultas externas y de pruebas diagnósticas– superan en muchas ocasiones los límites de lo razonable. A lo anterior se añade el que la causa más frecuente de ingresos y estancias inadecuadas resulta ser la demora diagnóstica prevista en el supuesto de que esa atención se hubiera llevado a cabo en consultas externas¹⁴. Además, las demoras para recibir asistencia en las especialidades médicas –en buena parte de los casos por procesos que podría asumir con plenas garantías medicina interna– coexisten con una demanda muy limitada para esta última, y con un pernicioso fraccionamiento en la asistencia del paciente «pluripatológico». Para completar el escenario, la inexistencia de mecanismos reales que permitan discriminar los casos graves de los banales en esa –llamada por algunos– «caja negra» en que se han convertido las listas de pacientes en espera de consulta, resulta, a criterio de numerosos profesionales, especialmente preocupante.

Finalmente, nuestro sistema sanitario público y universal, el concepto de la salud como un bien asimilable a los de consumo, el progresivo envejecimiento de la población, el creciente desarrollo de la tecnología sanitaria y, como consecuencia, el incremento incesante de la demanda sanitaria, son otras connotaciones que complican más el panorama, y que exigen de todos nosotros una respuesta generosa e inmediata para poder afrontarlo con garantías.

El documento «Médicos de familia e internistas trabajando por una atención integral»¹⁵ incidía en varios de estos problemas, y planteaba particularmente la necesidad de promover la continuidad asistencial entre AP y AE como uno de los elementos imprescindibles para mejorar la atención de los pacientes en general, pero especialmente la de aquellos con sospecha de enfermedad grave y, en consecuencia, con diagnóstico no demorable.

Así, en los últimos años, y generalmente bajo la dependencia de medicina interna¹⁶⁻¹⁸ han ido surgiendo alternativas asistenciales a la hospitalización convencional (hospital de día médico, unidades de corta estancia, hospitalización a domicilio, unidades de diagnóstico rápido [UDR] o consultas de atención inmediata [CAI]¹⁹⁻²⁴, consultorías docente-asistenciales en AP^{25,26}, etc.) destinadas a mejorar la utilización hospitalaria, a mejorar la coordinación con AP,

Tabla 1 Procesos subsidiarios de estudio en la unidad de diagnóstico rápido

Afectación del estado general	Masas abdominales o visceromegalias	Alteraciones en la radiología de tórax
Fiebre prolongada	Síndrome icterico o hipertransaminasemia aguda	Sospecha de neoplasia o tuberculosis pulmonar
Edemas de causa no filiada	Ascitis	Déficit neurológico subagudo
Adenopatías persistentes	Disfagia	Isquemia cerebral transitoria
Alteraciones hidroelectrolíticas graves	Dolor abdominal de origen incierto	Cefalea de aparición reciente
Hipertensión arterial grave	Síndrome diarreico crónico	Crisis comicial de inicio
Dolor torácico	Derrame pleural	Artritis aguda
Insuficiencia cardiaca	Disnea de origen incierto	Sospecha de vasculitis

y a disminuir las demoras para la atención, muy especialmente en los casos con sospecha de gravedad²⁷.

En este contexto, han ido desarrollándose progresivamente unidades de diagnóstico rápido o consultas de atención inmediata (UDR/CAI), bien cierto que, en una parte no despreciable de casos, impulsadas más por acciones individuales de profesionales especialmente sensibilizados ante la situación descrita que por decisiones institucionales.

Las unidades de diagnóstico rápido o consultas de atención inmediata. Concepto, función y estructura

Las UDR/CAI representan, pues, una alternativa a la asistencia convencional, dirigida al estudio diagnóstico de pacientes con enfermedades potencialmente graves. Sus objetivos fundamentales son, en consecuencia, minimizar las demoras en estos supuestos; mejorar la coordinación con AP y, en su caso, disminuir los ingresos hospitalarios, muy especialmente los ingresos inadecuados. Los resultados de las primeras unidades implantadas no dejan ninguna duda sobre su eficacia y eficiencia, ni sobre el grado de satisfacción que generan entre pacientes y profesionales¹⁹⁻²³.

Se trata de dispositivos que, en general, dependen del servicio de medicina interna, y con dedicación del personal a tiempo completo. En algunos centros, el modelo es multidisciplinario, y colaboran en él, a tiempo parcial, otros especialistas. Salvo en uno de los modelos, especialmente endeble por otros aspectos²³, estas unidades están abiertas a todos los facultativos del área, tanto de AP como de AE, siendo AP y los servicios de urgencias de los hospitales sus principales demandantes. Todas las unidades de las que tenemos conocimiento disponen de un sistema de atención casi inmediata, que se complementa con la realización rápida y coordinada de las pruebas diagnósticas. Los procesos subsidiarios de atención en estos dispositivos no son ilimitados, y suelen haber sido previamente consensuados con AP y/o con el resto de especialidades médicas. En general, existe la posibilidad de ingreso corto para pacientes a los que se les ha realizado alguna exploración invasiva. Respecto de sus datos de actividad, nos parece muy relevante tanto la demora en la atención (inferior a los 7 días), como los tiempos medios de duración de los estudios (entre 6 y 9 días), y la elevada satisfacción que generan entre usuarios y profesionales.

Lo anterior, unido a los altos porcentajes de pacientes cuyo diagnóstico final es el de neoplasia (desde el 9 al 28,5% de los casos) nos permite obviar otros comentarios. Y ello, porque consideramos, en coincidencia plena con Bayés²⁸, que una parte sustancial y poco considerada del sufrimiento que experimentan los enfermos está precisamente en relación con los tiempos de espera. No disponemos de datos, finalmente, respecto a si estas unidades consiguen, además de acelerar el proceso diagnóstico, mejorar el pronóstico de los pacientes con neoplasias. Parecería razonable que así fuera, teniendo en cuenta la mayor precocidad del diagnóstico. En todo caso, creemos que acortar los tiempos de espera supone *per se* un valor añadido, y disminuye el sufrimiento e incertidumbre de pacientes y allegados, algo especialmente importante en casos de sospecha de enfermedad grave.

Unidad de diagnóstico rápido del Complejo Hospitalario de Palencia

Características generales

El Complejo Hospitalario de Palencia atiende a una población aproximada de 173.000 habitantes. La UDR comenzó su actividad en noviembre de 2008, siguiendo mayoritariamente el modelo de la unidad homónima del Hospital de Granollers. Está formada por un médico internista y un diplomado de enfermería, con apoyo administrativo. Dispone de un local de consulta y de una sala de espera, y funciona de 8,00 a 15,00 h y de lunes a viernes. Está abierta a todos los facultativos del área sanitaria, siempre y cuando la situación general del paciente permita el estudio ambulatorio, y éste presente alguno de los procesos previamente consensuados con el resto de servicios hospitalarios (**tabla 1**).

La petición de consulta se realiza personalmente, por vía telefónica, fax o e-mail, según los casos. La programación, tanto de la primera visita como de las sucesivas y de las exploraciones complementarias, se lleva a cabo coordinadamente y con carácter preferente. En todos los casos, tras el diagnóstico, se realiza informe clínico completo que contiene los ítems legalmente establecidos, con una especial referencia al destino final del enfermo y al seguimiento propuesto. A todos los pacientes se les entrega en la primera visita una hoja informativa acerca de la unidad y una encuesta de 24 preguntas de respuesta múltiple sobre la atención recibida.

Tabla 2 Datos comparativos de otras unidades de diagnóstico rápido

	Granollers ^a (n = 2.748)	Bellvitge ^b (n = 1.132)	CH Palencia (n = 167)
Frecuentación (1.000 hab./año)	1,72	0,58	1,92
Edad (años)	56,5	54,3	60
Sexo (♂)	54%	50%	56%
I. sucesivas/primeras	1,77	-	1,3
Demora media 1. ^a consulta (días)	4,9	< 7	1,4
Duración del estudio (días)	5,7	9	8
Procedencia	64% urgencias; 28,6% AP; 6,4% AE	71% urgencias; 26% AP; 3% otros	21,6% urgencias; 70,7% AP; 7,8% AE
Porcentaje de neoplasias	14,7%	18%	18,6%
Requerimiento de ingreso (%)	7	10	6,6
Satisfacción alta/muy alta (%)	95	-	97

^a Fuente: Capell S, et al.¹⁹.^b Fuente: Rubio-Rivas M, et al.²¹.

Datos de actividad

En los primeros 6 meses de funcionamiento se atendió a 167 pacientes —frecuentación 1,92/1000 habitantes/año—, 94 de ellos (56,3%) varones, con una edad media de 60 ± 20 años. La demora media para la primera visita fue de 1,4 días, y el intervalo hasta la obtención del diagnóstico, de 8 días. Los pacientes procedían de AP en 118 casos (70,7%), de urgencias en 36 casos (21,6%) y de otras consultas de AE en 13 casos (7,8%). Los motivos de consulta predominantes fueron la afectación del estado general en 38 ocasiones (22,7%); anemia en 22 casos (13,2%); dolor abdominal en 13 (7,8%); adenopatías persistentes en 12 (7,2%); y fiebre prolongada en 9 casos (5,4%). Respecto a los diagnósticos emitidos destaca el grupo de enfermedades digestivas en 39 ocasiones (23,4%); las enfermedades neoplásicas en 31 (18,6%), las infecciones en 22 (13,2%) y diversos procesos reumatólogicos en 18 casos (10,8%). Más del 90% de los enfermos valorados cumplían los criterios de adecuación a la UDR. La satisfacción respecto a la atención global fue alta o muy alta en el 97%. Se adjunta tabla comparativa con otras unidades similares (**tabla 2**), donde se aprecia lo superponible de los resultados. Si acaso, llama la atención en nuestra unidad una frecuentación muy ligeramente superior, una menor demora para la primera visita y una mayor proporción de pacientes enviados desde AP, explicable quizás por la mayor difusión que se dio al proyecto en este ámbito.

Reflexiones finales

A la vista, por un lado, de los excelentes resultados ofrecidos por la mayoría de UDR/CAI y, por otro, de la situación actual de las demoras para recibir asistencia en buena parte de nuestro país, parece claro que ni los profesionales de la medicina, ni los gestores, ni los responsables de la política sanitaria podemos mirar para otro lado como si no existiera el problema al que dichas unidades tratan de dar respuesta. La habitual sobreocupación de las camas hospitalarias, la inadecuación, como hemos visto, de aproximadamente el 15% de los ingresos y de las estancias^{14,29}, así como la situa-

ción de las listas de espera de consultas externas y pruebas diagnósticas, incluso en los casos «preferentes», que superan con desgraciada frecuencia los límites de lo razonable, son realidades inaceptables que ponen en claro riesgo la calidad y la equidad del sistema sanitario, y que exigen una actuación urgente de la Administración y de los profesionales en aras de lograr un incremento de la eficiencia y de la calidad de la asistencia, tal y como ya preconizaba el mencionado documento «Médicos de familia e internistas trabajando por una atención integral»¹⁵.

En definitiva, y considerando que las consultas externas convencionales de AE son poco ágiles y que habitualmente no dan respuesta adecuada ante la sospecha de enfermedad grave, a todos debiera imponérseños como un imperativo técnico y ético la implantación generalizada de dispositivos que aportaran una valoración inicial rápida, alto poder de resolución, rapidez diagnóstica en un grupo seleccionado de procesos potencialmente graves, mayor adecuación de los ingresos hospitalarios y, en su caso, disminución de los mismos, y mejora, en fin, de la coordinación con AP.

Por todo ello, nos declaramos deudores, y felicitamos, a todos los profesionales que nos han precedido por sus trabajos, que permiten la visualización del problema y, lo más importante, de las soluciones; y que debieran inducirnos a una reflexión seria para mejorar la eficacia y la eficiencia de nuestras actuaciones.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Jefes de Servicio de Medicina Interna de los Hospitales Comarciales de Cataluña. El futuro de los servicios de Medicina Interna de los hospitales comarcales de Cataluña: Líneas estratégicas en el contexto de 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. Díez A, Tomás R, Varela J, Casas M, González-Macías J. La Medicina Interna en un grupo de 52 hospitales españoles. Análisis de casuística y eficiencia. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:361-7.
4. Barba Martín R, Marco Martínez J, Emilio Losa J, Canora Lebrato J, Plaza Canteli S, Zapatero Gaviria A. Análisis de 2 años de actividad de Medicina Interna en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. *Rev Clin Esp*. 2009;209:459-66.
5. Braunwald E. Subspecialists and internal medicine: a perspective. *Ann Intern Med*. 1991;114:76-8.
6. Internal medicine: whole or in piedes? [editorial]. *Ann Intern Med*. 1991;115:978-81.
7. García Morillo JS, Bernabeu Wittel M, Ollero Baturone M, Aguilar Guisad M, Ramírez Duque N, González de la Puente MA, et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:5-9.
8. Cook RI, Render M, Woods DD. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ*. 2000;320:791-4.
9. Hunter DJ, Fairfield G. Disease management. *BMJ*. 1997;315:50-3.
10. Manian FA. Whither continuity of care? *N Engl J Med*. 1999;340:1362-3.
11. Peña Gil C, Comín Colet J. Integración de ámbitos asistenciales. *Rev Esp Cardiol Supl*. 2007;7:21C-9C.
12. Holmes Jr DR, Firth BG, Wood DL. Paradigm shifts in cardiovascular medicine. *J Am Coll Cardiol*. 2004;43:507-12.
13. Rodríguez-Vera FJ, Alcoucer MR, Rodríguez FJ, Camacho T, Colchero J, Pujol E. Adecuación de los ingresos en un servicio de Medicina Interna de un hospital de segundo nivel. *An Med Interna (Madrid)*. 1999;16:277-80.
14. Matorras Galán P, De Pablo Casas M, Otero García L, Alonso López F, Daroca Pérez R, Díaz-Caneja Rodríguez N. Adecuación de los ingresos en un servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel. *Med Clin (Barc)*. 1990;94:290-3.
15. Médicos de familia e internistas trabajando por una atención integral. Sevilla: Sociedad Española de Medicina Interna y Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 1998.
16. 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.
17. Zambrana García JL. Consultas ambulatorias de atención especializada. Presente y propuestas de futuro. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:257-9.
18. Criado-Montilla J, Ibáñez-Bermúdez F. Relaciones entre hospital y atención primaria. Experiencia de un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:463-8.
19. 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.
20. Rubio-Rivas M, Vidaller A, Pujoli 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.
21. Torné Cachot J, Encinas Méndez X, Vidal Balaña JM, Baucells Azcona JM. Modelo multidisciplinario de una unidad de diagnóstico rápido. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:129-30.
22. San José Laporte A, Jiménez Moreno X, Ligüerre Casals I, Vélez Miranda MC, Vilardell Tarrés M. Atención especializada ambulatoria rápida de patologías médicas desde un hospital universitario terciario. Consulta de atención inmediata. *Rev Clin Esp*. 2008;208:71-5.
23. de Santos Castro PA, Jimeno Carrúez A, García Cobo MC, Elices 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.
24. San José Laporte A, Pérez López J, Pardos-Gea J, Vilardell Tarrés M. Consulta de Atención inmediata. Experiencia de tres años. *Rev Clin Esp*. 2010;210:55-6.
25. Grupo para la asistencia médica integrada, continua de Cádiz (GAMIC). La consultoría de medicina interna mejora la eficacia de la atención médica. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:46-52.
26. Pujol Farriols R, Corbella Virós X. El especialista de medicina interna como consultor en atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:60-1.
27. Fernández Moyano A, García Garmendia JL, Palmero Palmero C, García Vargas-Machuca B, Páez Pinto JM, Álvarez Alcina M, et al. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. *Rev Clin Esp*. 2007;207:510-20.
28. Bayés R. Los tiempos de espera en medicina. *Med Clin (Barc)*. 2000;114:464-7.
29. Zambrana García JL, Delgado Fernández M, Cruz Caparrós G, Díez García F, Martín Escalante MD, Salas Corona J. Factores asociados a ingresos inadecuados en un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:652-3.