

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

La consulta creada en Medicina Interna para atender casos de gripe A desconggestionan los servicios de Urgencias en los hospitales

Redacción

El dato se ha puesto de manifiesto en el XXX Congreso Nacional de la SEMI, donde se abordan temas de actualidad como la Gripe A y la seguridad del paciente

Valencia (21/23-11-2009).- La especialidad de Medicina Interna, que en los últimos años se ha convertido en la columna vertebral de la Atención Sanitaria Hospitalaria, juega un papel esencial en la atención a los pacientes afectados por el virus de la gripe A/H1N1 hospitalizados. En hospitales, la consulta creada en Medicina Interna para atender los casos de gripe A desconggestionan los servicios de Urgencias, según se ha puesto de manifiesto en el XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), que se celebra en Valencia y en la que otro gran tema destacado es el de la seguridad del paciente.



Los pacientes por gripe A que tienen que ingresar, que son la minoría, lo hace en servicios de Medicina Interna o en unidades de corta estancia, atendidos por internistas. “Desde el pasado 27 de abril y hasta el momento se han atendido 3.066 pacientes con sospechas de gripe, sólo en el Hospital Gregorio Marañón. De ellos, 2.515 han sido valorados y diagnosticados como casos clínicos de gripe y, finalmente han sido ingresados 521 pacientes”, afirma Carlos A. Pérez de Oteyza, director de Asistencia Sanitaria del Hospital de Madrid.

La mayor parte de los pacientes afectados son jóvenes, con una edad media de 29 años, y principalmente mujeres. “Hasta el momento su evolución ha sido buena; sólo han tenido que ingresar en hospitales entre un 15 y un 20 por ciento de los pacientes afectados”, continúa.

Ante la repercusión mediática generada por la expansión del virus de la gripe A/H1N1 y, como consecuencia, la movilización masiva de los pacientes, los centros hospitalarios se han visto obligados a reorganizar los circuitos de asistencia, hasta adecuarlos para poder ofrecer una atención eficaz al paciente.

En este sentido, el doctor Pérez de Oteyza comenta los buenos resultados del modelo de atención implantado en el Gregorio Marañón para hacer frente a esta demanda. “A finales de octubre, cuando se alcanzó el punto máximo de la onda epidémica, teniendo que atender más de 100 pacientes diarios en urgencia, pusimos en marcha un circuito específico orientado, por una parte a la atención de pacientes afectados por la gripe A y por otra a desconggestionan Urgencias. Habilitamos una consulta de gripe en el hospital, inicialmente llevada por internistas, a la que después se unieron otros especialistas como cardiólogos o neumólogos”, señala.

Como novedad en relación a esta iniciativa, “se ha dado un papel muy importante al personal de Enfermería, convirtiéndoles en los encargados de medir las saturaciones de oxígeno a través de un pulsioxímetro, de tal forma que cuando el paciente accede a la consulta del internista, éste prácticamente sabe si el enfermo padece o no insuficiencia respiratoria”, afirma el especialista.

Los mejores modelos asistenciales continúan siendo el autocuidado y la resolución del problema en Atención Primaria, sin tener que llegar al hospital, a menos que haya signos de disnea o de insuficiencia respiratoria.

Seguridad del paciente

En el Congreso de la SEMI se ha debatido profundamente, en la mesa redonda ‘Seguridad del Paciente en Medicina Interna’, todo lo relativo a esta cuestión, a los errores que se pueden cometer en la práctica clínica y las propuestas de mejora.

Para Raquel Barba Martín, directora médica del Hospital Infanta Cristina de Parla, en Madrid, “aunque en nuestro país se ha desplegado una estrategia, dirigida por la Agencia de Calidad del SNS, puesta en marcha en 2005 y apoyada por todas las comunidades autónomas, que empieza a tener eco entre los profesionales, parece evidente que en muchos centros no se toman todavía medidas activas para detectar errores y trabajar para minimizarlos”.

En este sentido, algunos servicios como Anestesia y Cuidados Intensivos, y más recientemente Cirugía, han tomado la iniciativa en la seguridad en España. “Ha llegado el momento de que en Medicina Interna nos planteemos este problema de una forma más activa”.

Para ello, “lo primero que tenemos que hacer es analizar qué problemas de seguridad tenemos, y después luchar para que desaparezcan, aunque sabemos que no será igual en todos los hospitales ni en todos los servicios. Lo primero es conocer nuestra situación, y determinar cuál es la tasa de efectos adversos que se producen, cuántos se pueden evitar, y decidir y solicitar a las autoridades del hospital y las sanitarias, qué medidas se deben tomar”, afirma Barba.

En este sentido, esta experta comenta que “está demostrado que la edad y la comorbilidad de los enfermos afectan negativamente al riesgo de padecer un efecto adverso, agravando su situación. Es muy importante que se instaure la cultura de la seguridad entre los internistas, aprendiendo a buscar errores que se producen de manera cotidiana en los servicios, como son los errores de medicación y olvidos en el tratamiento profiláctico a pacientes”, concluye.

Continuidad asistencial

En España, las enfermedades crónicas llegan a motivar el 80% de las consultas de Atención Primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios, generando el 70% del gasto sanitario. Se calcula que el 85% de los pacientes que ingresan en los servicios de Medicina Interna son crónicos. En la actualidad, este tipo de enfermedades afectan al 17% de la población y se estima que este porcentaje será del 27% en el año 2050.

Por ello, en este encuentro científico se analiza de forma especial el nuevo modelo de organización del sistema sanitario para afrontar el reto de las enfermedades crónicas. La continuidad asistencial es primordial para todos los pacientes pero se hace imprescindible para una adecuada gestión de los pacientes crónicos.

El principal problema es que “hasta ahora, los pacientes crónicos se han tenido que adaptar a la organización sanitaria peregrinando por diferentes servicios, por lo que se plantea la necesidad de que sea el hospital el que se adapte”, señala la doctora Pilar Román, presidenta de SEMI Valencia y vicepresidente segunda de la Sociedad Española.

Hasta el momento se han desarrollado varios modelos de atención a los pacientes crónicos en España y en el resto de los países, con diferente grado de implantación entre ellos o en las diferentes comunidades autónomas. “En la actualidad, el modelo que mejores resultados ha presentado ha sido el de ‘Kaiser Permanente’, para cuya organización, la atención se divide en tres niveles. Esta planificación ha demostrado mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes y disminuir el gasto sanitario”, comenta.

El Médico Interactivo es una publicación electrónica dirigida exclusivamente al profesional sanitario destinado a prescribir o dispensar medicamentos, por lo que se requiere una formación especializada para su correcta interpretación.

El Médico Interactivo está por ello reconocido oficialmente por las autoridades sanitarias correspondientes como Soporte Válido para incluir publicidad de medicamentos o especialidades farmacéuticas de prescripción dirigida a los profesionales sanitarios (S.V. 214-R-CM).