



19 de noviembre de 2009

En hospitales, la consulta creada en medicina interna para atender casos de gripe A descongestiona los servicios de urgencias

- Para mejorar la seguridad del paciente, es necesario analizar qué problemas existen, 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
- La edad y la comorbilidad de los enfermos afectan negativamente a la seguridad del paciente, ya que aumentan el riesgo de padecer un efecto adverso, agravando su situación
- El 85% de los pacientes que ingresan en los servicios de Medicina Interna y el 60% de los que lo hacen en el hospital, son pacientes crónicos

Aunque los servicios médicos, como el de Medicina Interna, son servicios por lo general más seguros debido a que los procedimientos a los que se somete al paciente son menos agresivos, siempre es inevitable que se cometan errores en la práctica clínica. Por ello, con el fin de poner en común las condiciones actuales en torno a la seguridad del paciente ingresado en Medicina Interna, y presentar las propuestas de mejora en este ámbito, la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) ha organizado, en el marco de su XXX Congreso Nacional, la mesa redonda 'Seguridad del Paciente en Medicina Interna'.

Tal y como indica la Dra. Raquel Barba Martín, directora médica del Hospital Infanta Cristina de Parla, en Madrid, y participante en la mesa redonda, “aunque en nuestro país se ha desplegado una estrategia, dirigida por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (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. “Esto puede deberse a que la incidencia de efectos adversos es mayor en estas especialidades, y a que la repercusión de los mismos es mayor que en los servicios médicos”, continúa la Dra. Barba. “Sin embargo, 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 la Dra. 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, de tal forma que una vez que los fallos hayan sido identificados estemos dispuestos a buscar soluciones”, concluye la Dra. Barba.

Hasta el momento se han desarrollado numerosas iniciativas a nivel internacional cuya finalidad primordial no es otra que definir políticas de mejora en la calidad y seguridad de los pacientes. Así, “desde el año 2004 existe una Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ha desarrollado un ambicioso programa de trabajo que aborda los principales retos y áreas del conocimiento en seguridad del paciente, y que pretende concienciar a los individuos para que los errores evitables se reduzcan al mínimo”, afirma la Dra. Barba.

ATENCIÓN HOSPITALARIA DE LA GRIPE A/H1N1

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.

Y es que, los pacientes 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 el Dr. Carlos A. Pérez de Oteyza, director de Asistencia Sanitaria del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, en 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, muestra de ello es que sólo han tenido que ingresar en hospitales entre un 15 y un 20% de los pacientes afectados”, continúa el Dr. Pérez de Oteyza.

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 Hospital Gregorio Marañón para hacer frente a esta demanda. “A finales de octubre, momento en que 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/H1N1 y por otra a descongestionar Urgencias. Para ello, habilitamos una consulta de gripe en el hospital, inicialmente llevada por internistas, a la que después se unieron otros especialistas como cardiólogos o neumólogos, todos ellos veteranos del área clínica, que ya no hacen guardias y que tienen una mayor experiencia frente a los médicos residentes y cuya labor consiste en confirmar si los pacientes presentan patologías respiratorias subyacentes”, señala el Dr. Pérez de Oteyza.

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.

PROCEDIMIENTO EN GRUPOS DE RIESGO

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, “casos en los que no se debe perder el tiempo y el paciente debe acudir al hospital lo antes posible”, indica el Dr. Pérez de Oteyza.

A pesar de que la repercusión de la Gripe A/H1N1 ha sido inferior de la que se esperaba, “los especialistas tenemos un especial cuidado y atención con aquellos pacientes que pertenecen a algún grupo de riesgo, como son los enfermos trasplantados o que padecen enfermedades como el sida”, continúa el Dr. Pérez de Oteyza. “En este grupo también se incluye a los infiltrados neumónicos, ya que en un periodo de 24 a 72 horas pueden desarrollar una neumonía con insuficiencia respiratoria grave”.

Para evitar riesgos, “mantenemos al paciente en observación durante varias horas, para asegurar que no tienen complicación. Asimismo, si se trata de personas con sintomatología respiratoria algo más compleja, son ingresados transitoriamente en unidades de enfermos semicríticos, en las que siempre hay un internista o un residente de medicina interna, que valora la necesidad de que éstos sean posteriormente ingresados en unidades de cuidados intensivos”, señala el especialista.

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. “Un agravante a esta situación ha sido que el perfil de los enfermos que ingresan en el hospital está cambiando rápidamente, ya que no sólo tienen más años, sino que también presentan más patologías que padecen de forma crónica”, indica la Dra. Pilar Román Sánchez, presidenta de la Sociedad de medicina Interna de la Comunidad Valenciana y vicepresidenta 2ª de la SEMI.

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 adapte su organización, en especial para atender a aquellos que sufren varias enfermedades”, señala la Dra. Román.

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. Por otra parte, en España existen algunos modelos de coordinación entre Primaria y especializada, generalmente propiciados por los propios profesionales, principalmente para la atención a pacientes con varias enfermedades y frecuentes reagudizaciones, con buenos resultados”, concluye la Dra. Román.

[Novartis: Tasigna®](#)

Para médicos: sepan cómo tratar sus Pacientes
con Tasigna® (nilotinib)
www.Tasigna.com

Anuncios Google