

XXX

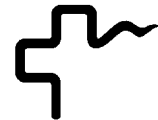
# Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna

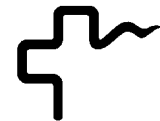
VIII Congreso de la  
Sociedad de Medicina Interna  
de la Comunidad Valenciana

Valencia 18-21 Noviembre 2009  
Palacio de Congresos

# **Relaciones entre la Medicina Interna del Hospital y la Atención Primaria: Una oportunidad para la colaboración**

**Consulta de Atención Inmediata.  
Experiencia de tres años  
Dr. Antonio San José  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital Universitario Vall d'Hebron  
Valencia, 18 de noviembre de 2009**

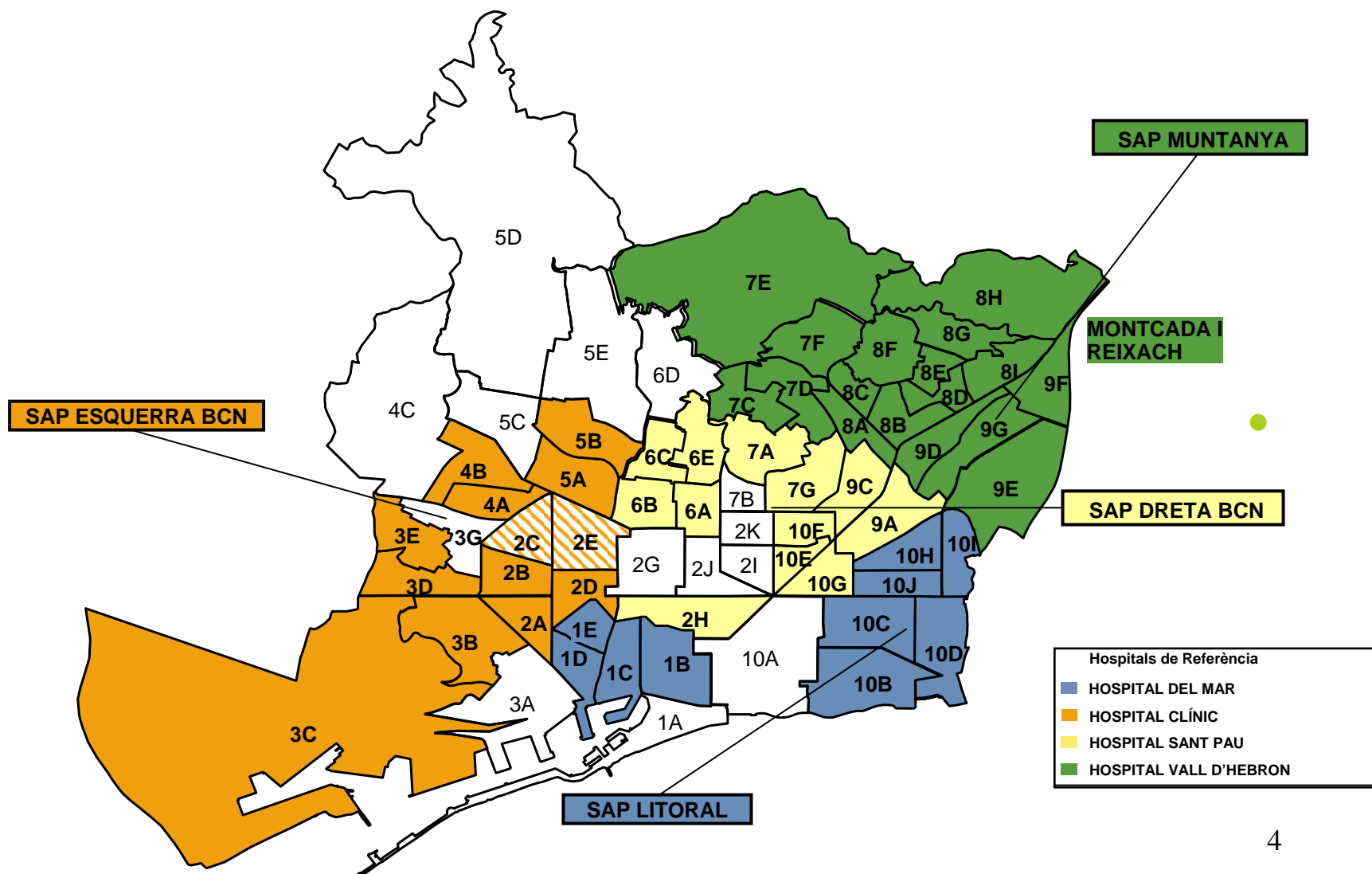




---

*Hospital Universitari Vall d'Hebron*





## ORIGINALES

# Unidad de diagnóstico rápido: un modelo asistencial eficaz y eficiente. Experiencia de 5 años



Santiago Capell<sup>a</sup>, Pere Comas<sup>a</sup>, Teresa Piella<sup>a</sup>, Joaquim Rigau<sup>b</sup>,  
Xavier Pruna<sup>c</sup>, Francesc Martínez<sup>d</sup> y Santiago Montull<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Interna.

<sup>b</sup>Servicio de Endoscopia Digestiva.

<sup>c</sup>Servicio de Diagnóstico por la Imagen.

<sup>d</sup>Unidad de Epidemiología. Hospital General de Granollers. Barcelona. España.

**FUNDAMENTO Y OBJETIVO:** Valorar la aplicabilidad de una unidad de diagnóstico rápido (UDR) dirigida al estudio ambulatorio de pacientes con sospecha de enfermedad grave.

**PACIENTES Y MÉTODO:** Se analiza de forma prospectiva a los pacientes atendidos en una UDR durante 5 años (1997-2001) y se compara a los pacientes con cáncer de pulmón y los de cáncer de colon atendidos en la UDR y hospitalizados.

**RESULTADOS:** Los principales motivos de consulta fueron dolor abdominal, síntomas constitucionales y neurológicos, anemia y tumoraciones palpables. Las enfermedades digestivas y neoplásicas fueron las más frecuentes. El intervalo medio (desviación estándar) para la primera visita fue de 4,9 (3,4) días y el de diagnóstico, de 5,7 (6,5) días. Un 95% de los pacientes mostró un elevado grado de satisfacción con este modelo asistencial. En pacientes con cáncer de colon estudiados en la UDR se observó una reducción del intervalo diagnóstico ( $p = 0,03$ ) respecto a los hospitalizados. El coste económico del estudio diagnóstico fue inferior en la UDR.

**CONCLUSIONES:** La UDR representa una forma asistencial aplicable en nuestro medio que consigue la misma eficacia y una mayor eficiencia que el ingreso hospitalario.

*Palabras clave:* Unidad de diagnóstico rápido.

En los últimos años la mayoría de los hospitales han adoptado cambios organizativos asistenciales para mejorar la utilización hospitalaria. Las unidades de diagnóstico rápido (UDR) representan una alternativa asistencial, poco conocida, especialmente dirigida al estudio diagnóstico de pacientes con enfermedades potencialmente graves. Estas unidades permiten agilizar y coordinar los distintos procedimientos diagnósticos y muchas veces pueden evitar el ingreso hospitalario.

Dado que existen pocas referencias en la bibliografía de esta forma organizativa-asis-

# Quick diagnosis units: a potentially useful alternative to conventional hospitalisation

Xavier Bosch, Jesús Aibar, Santiago Capell, Antonio Coca and Alfons López-Soto

**H**ealth care costs, especially those derived from hospitalisation, are a major and increasing drain on the budgets of countries with predominantly public health systems. With demand for acute hospital care persistently exceeding supply, interest has grown in identifying and rectifying inappropriate uses of acute care facilities. We describe a potentially cost-saving, efficient alternative to hospitalising patients for diagnostic purposes: quick diagnosis units (QDUs).

In recent years, hospitals in countries with public health systems have adopted organisational changes to improve efficacy and the use of resources. Inappropriate hospitalisation is a significant problem for publicly funded acute care hospitals. Although results of surveys estimating the proportion of days devoted to inappropriate care in various hospital specialties vary widely, the prevailing belief is that, especially in the United Kingdom, inappropriate use exceeds 20% across various settings.<sup>1,2</sup> A Spanish study estimated that 16% of Spanish hospitalisations in 2000 were unnecessary.<sup>3</sup> Alternative models of care introduced to avoid unnecessary hospitalisation include 1-day hospitals (created primarily to provide medical procedures requiring less than 24 hours of hospitalisation);<sup>4</sup> short-stay observation units (areas often located adjacent to emergency departments that accommodate patients requiring brief periods of observation or therapy);<sup>5</sup> hospital-in-the-home (programs delivering a limited range of acute care services to selected patients in their homes);<sup>6</sup> outpatient major surgery programs (provision of surgical procedures with postoperative recovery

## ABSTRACT

- We describe a potentially cost-saving, efficient alternative to hospitalising patients for diagnostic purposes: quick diagnosis units (QDUs) managed by internal medicine specialists.
- QDUs facilitate early diagnosis for patients with potentially serious disease, and avoid hospitalisations, hospital-related morbidity and unnecessary health costs.
- To function well, QDUs require the patient's first visit to occur as soon as possible after referral; preferential patient access to diagnostic tests; and strict referral criteria (QDU patients must have symptoms suggestive of severe disease, but be well enough to attend several appointments for diagnostic tests).
- We describe the experience of two Spanish QDUs in which the most frequent diagnosis was malignant neoplasm.
- We conclude that QDUs are an effective alternative to conventional hospitalisation, reducing delays in diagnosing potentially severe disease, such as cancer. They reduce costs without lowering the quality of diagnostic practice or patient care, and free acute-care beds for patients in need of treatment.

# Consulta de orientación de pacientes: una iniciativa para reducir listas de espera

V. Sanchis-Bayarri Bernal<sup>a</sup>, S. Rull Segura<sup>b</sup>, L. Moral López<sup>c</sup>, E. García Ferrer<sup>c</sup>,  
J. Aparisi Romero<sup>d</sup> y J. Escandón Álvarez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Internista de la COP. <sup>b</sup>Jefe de Servicio de Medicina Interna. <sup>c</sup>ATS/DUE de la COP. <sup>d</sup>Dirección Médica.  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Francesc de Borja. Gandía (Valencia)

**Objetivo.** La consulta de orientación de pacientes (COP) es una iniciativa encaminada a disminuir las listas de espera para especialidades médicas, actuando como filtro.

**Métodos.** Un internista y un enfermero atendieron durante seis meses a 1.265 pacientes propuestos para dichas consultas.

**Resultados.** El 85,7% de los casos fueron remitidos a su médico de cabecera tras haber sido valorados en nuestra consulta. El 14,3% restante siguió su curso, si bien habiéndose beneficiado frecuentemente de tratamientos iniciales o del adelanto de pruebas complementarias.

**Conclusiones.** La COP se perfila como una medida de gestión sanitaria prometedora para reducir listas de espera en especialidades médicas.

**PALABRAS CLAVE:** consulta de orientación de pacientes, gestión sanitaria, lista de espera.

Patient orientation clinic: an initiative to reduce waiting lists

**Objective.** The patient orientation clinic (POC), acting as a filter, is an initiative aimed at reducing the waiting lists for medical specialties.

**Methods.** For a six-months period, an internist and a registered nurse attended 1,265 patients proposed for those specialties.

**Results.** 85.7% of cases were referred to their general practitioners after evaluation at our clinic. The remaining patients (14.3%) went on and frequently benefited from initial therapies or because complementary tests and/or examinations were arranged for an earlier date.

**Conclusions.** POC is shaping as a promising tool for health resource management in reducing waiting lists in medical specialties.

**KEY WORDS:** clinic for orienting patients, health resources management, waiting lists.



## Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna



José Salvador García-Morillo, Máximo Bernabeu-Wittel, Manuel Ollero-Baturone, Manuela Aguilar-Guisad, Nieves Ramírez-Duque, Miguel Angel González de la Puente, Pilar Limpo, Susana Romero-Carmona y José Antonio Cuello-Contreras

Unidad Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI). Servicio de Medicina Interna. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

**FUNDAMENTO Y OBJETIVO:** Analizar la incidencia y características clínicas y evolutivas de pacientes con pluripatología (PP), según la definición propuesta por una comisión de expertos (2 o más enfermedades crónicas distribuidas en 7 categorías).

**PACIENTES Y MÉTODO:** Estudio prospectivo observacional en áreas de medicina interna de un hospital de tercer nivel durante junio de 2003. Se estratificó a los pacientes en PP, paliativo (PL) y general (GE) según los criterios de una comisión de expertos. Se analizó la incidencia de PP, procedencia, limitación funcional basal, al ingreso y al alta, evolución y consumo de recursos (atenciones urgentes, programadas, y hospitalizaciones) en los 12 meses previos. Se realizó un análisis multivariante de los factores asociados a la supervivencia y al deterioro funcional significativo (descenso en la escala de Barthel de 10 o más puntos entre basal-alta) en la cohorte de PP.

**RESULTADOS:** Se incluyó a 339 pacientes (cohorte PP: 132; PL: 52; GE: 155). La incidencia global de PP fue 38,9/100 ingresos/mes. En comparación con la cohorte GE, los PP tuvieron mayor edad (media [desviación estándar] 75 [11] frente a 67 [16] años); mayor mortalidad (un 19,3 frente al 6,1%; riesgo relativo [RR] = 3,66; [intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,65-8,13]); mayor limitación funcional basal (45 frente a 95), al ingreso (20 frente a 75) y al alta (20 frente a 95); mayor porcentaje de deterioro funcional significativo (un 16 frente al 7%; RR = 2,47 [IC del 95%, 1,15-5,35]); y mayor consumo de recursos en términos de asistencia urgente (3,6 [3,4] episodios frente a 2,4 [1,9]) y hospitalizaciones (1,9 [1,3] frente a 1,5 [1]). La supervivencia se asoció con padecer enfermedad del aparato digestivo (*odds ratio* [OR] = 48,3 [IC del 95%, 2,4-980,9]) o arteriopatía periférica/diabetes con repercusión visceral (OR = 5,6 [IC del 95%, 1,1-28,6]) y una mayor puntuación Barthel al ingreso. Se asociaron a un deterioro funcional significativo el sexo femenino (OR = 46,6 [IC del 95%, 4,5-486,9]) y padecer enfermedad pulmonar crónica (OR = 8,9 [IC del 95%, 1,2-64]) o enfermedad neurológica con discapacidad (OR = 8 [IC del 95%, 1,1-58,9]).

**CONCLUSIONES:** En áreas de medicina interna la incidencia de PP es elevada. La definición propuesta identifica a una población con especial fragilidad clínica, con una mayor necesidad de recursos hospitalarios y un deterioro funcional importante. La escala de Barthel constituyó un buen identificador común de grupo y un marcador pronóstico independiente.

*Palabras clave:* Enfermedades crónicas. Anciano frágil. Comorbilidad. Limitación funcional. Conexión interniveles.

Una gran parte de los pacientes que se atienden tanto en atención primaria como en el ámbito hospitalario sufren más de una enfermedad. Por otro lado, muchas de las enfermedades más prevalentes en nuestro medio afectan a más de un órgano. Varios estudios cifran en 5 la media de problemas médicos que presentan los pacientes hospitalizados en centros universitarios, y entre el 70 y el 95% de los ancianos de nuestro entorno presentan de 1,2 a 4,2 enfermedades crónicas<sup>1-4</sup>. El grupo de pacientes con pluripatología (PP) no se define sólo por la presencia de 2 o más enfermedades, sino por una especial susceptibilidad y fragilidad clínica que conducen a la frecuente demanda de atención en distintos niveles, difícilmente programable, por agudizaciones y aparición de enfermedades interrelacionadas que gravan al paciente con un deterioro progresivo, y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional. Componen un colectivo especialmente predisposto a sufrir los efectos deletéreos de la fragmentación



# Tipología de pacientes. Graves

Paciente procedente  
De Urgencias

- Enfermedad neoplásica aparentemente grave
- Enfermedad no neoplásica aparentemente grave

**Paciente visitado  
en la CAI**

- Necesidad de priorizar pruebas diagnósticas

Paciente derivado  
Del CAP



# Tipología de pacientes. Urgentes

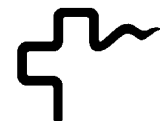
Paciente agudo  
procedente  
de Urgencias

- Agudización EPOC o Insuficiencia cardiaca
- Infección vías resp.
- Infección urinaria
- Otros

**Paciente visitado  
en la CAI**

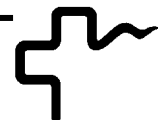
- Necesidad de pruebas o tratamientos en el momento de la visita
- Reagudización o patología intercurrente

Paciente derivado  
Del CAP



# Atención especializada ambulatoria rápida en Medicina Interna

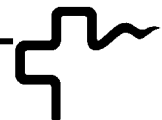
	UDR	CAI	COD y UD
Protocolos con primaria y urgencias	SI	SI	SI
Valoración inicial rápida	SI	SI	SI
Rapidez diagnóstica	SI	SI	SI





# Atención especializada ambulatoria rápida en Medicina Interna

	UDR	CAI	COD y UD
Proc. Patients	Urgencias y Primaria	Urgencias y Primaria	Primaria
Patologías	Diagnóstico patologías graves. Neoplasias	Espectro más amplio. Diagnóstico y tratamiento	Espectro más amplio Continuidad asistencial
Pruebas y tratamientos durante visita	No	Si	Si



# ORIGINALES

## Atención especializada ambulatoria rápida de patologías médicas desde un hospital universitario terciario. Consulta de atención inmediata

A. San José Laporte<sup>a</sup>, X. Jiménez Moreno<sup>b</sup>, I. Ligüerre Casals<sup>c</sup>, M. C. Vélez Miranda<sup>a</sup> y M. Vilardell Tarrés<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Interna. <sup>b</sup> Unidad de Urgencias. Hospital Universitario Valle Hebrón. Barcelona. España.

<sup>c</sup> Servicio de Atención Primaria Barcelona Montaña. Instituto Catalán de Salud. Barcelona. España.

*Rev Clin Esp. 2008;208(2):71-5*



# Modelo de actuación

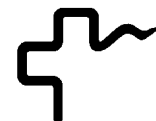
- IC telefónicas o correo-e. No papel
- Valoración IC y priorización por los médicos
- Programación y llamada por administrativo
- Visita entre 0 y 6 días (media: 1-3 días)
- Máximo 4 primeras diarias por médico
- Una o dos consultas diarias abiertas en horario de mañana
- Participación de diferentes médicos (5 internistas. 3 de Medicina Interna y 2 de Urgencias). Todos realizan otros cometidos asistenciales



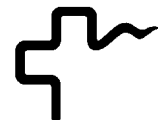
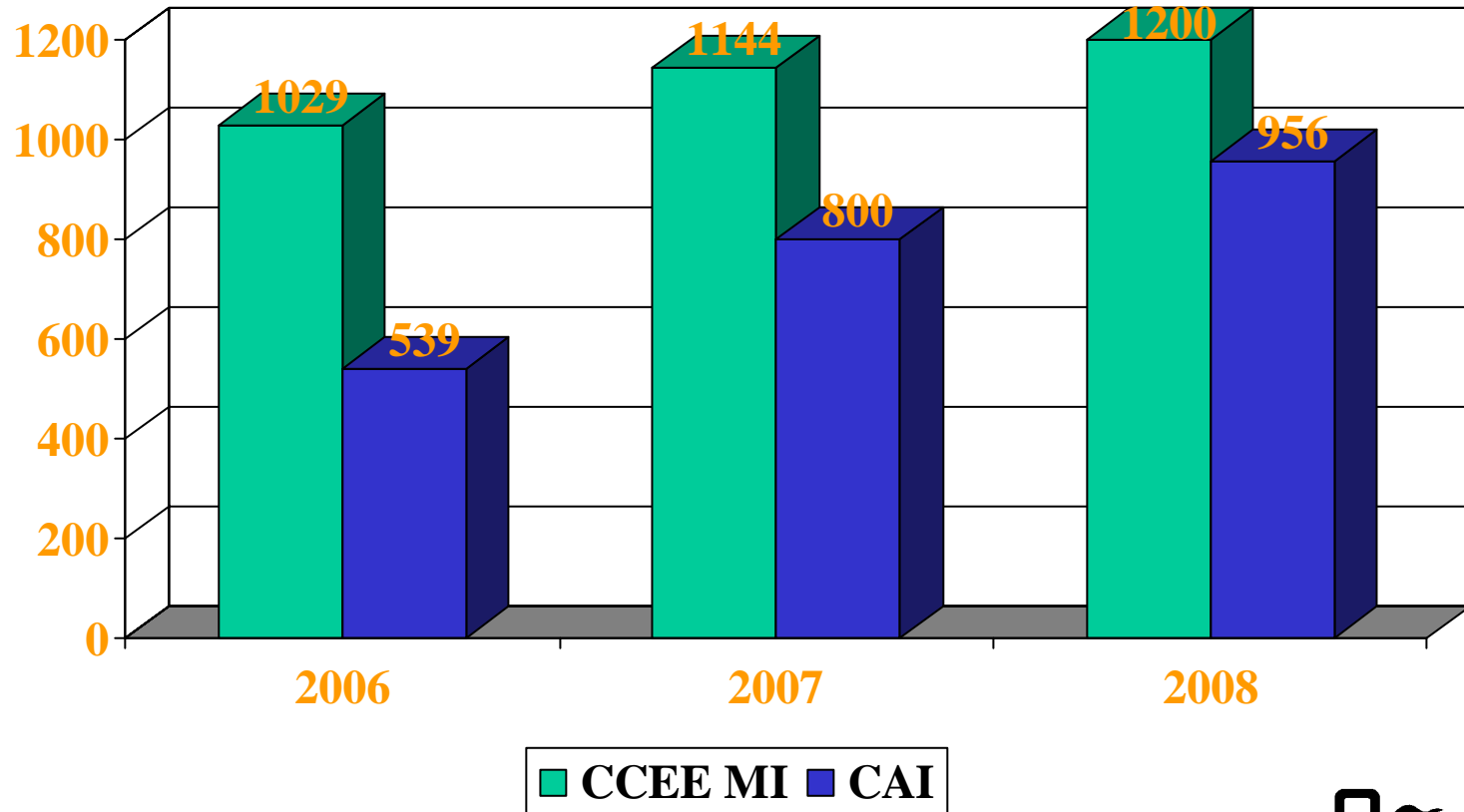


# CAI 2006 – Octubre 2009

	2006	2007	2008	2009
Visitas	894	1558	1860	1533
Primeras	539	800	956	796
Sucesivas	355	758	904	737
S/P	0,65	0,95	0,94	0,92



# CCEE MI y CAI 2006-2008



# CAI 2006 – Octubre 2009

	2006	2007	2008	2009
Edad	62,6 (18,5)	62 (18)	64,5 (17)	62,4 (18)
Sexo	D50%	D54,5%	D52,5%	D 50%





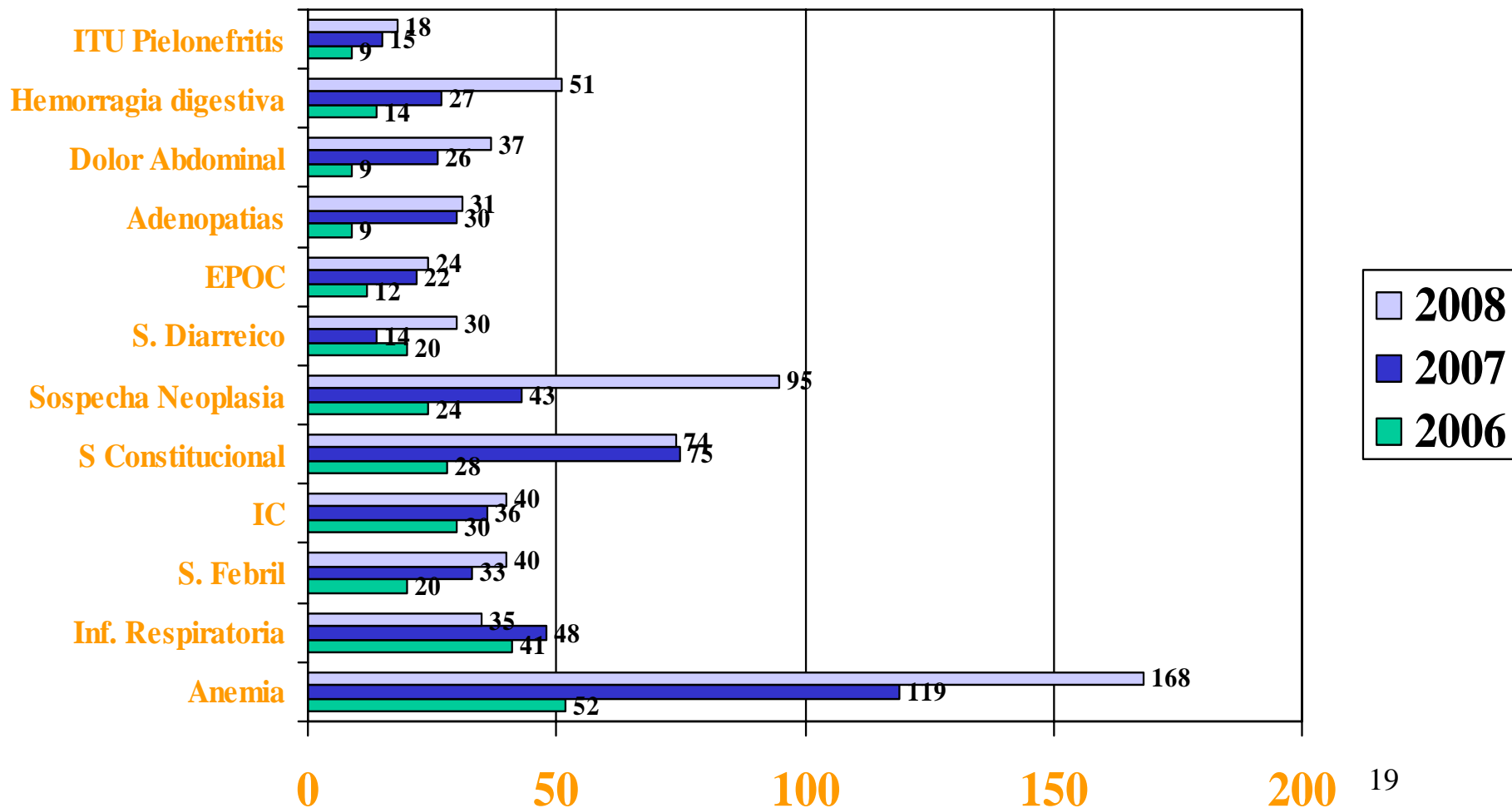
# CAI 2006 – Octubre 2009

## Procedencia

	2006	2007	2008	2009
<b>Urgencias</b>	370 (68,5)	453 (56,4)	538 (56,3)	442 (55,5)
<b>Primaria</b>	89 (16,5)	205(25,5)	225 (23,5)	181 (22,7)
<b>HaD</b>	39 (7,2)	60 (7,5)	107 (11,2)	81 (10,2)
<b>Hospital</b>	16 (3)	43 (5,3)	33 (3,4)	38 (4,8)
<b>CCEE</b>	10 (2)	13(1,6)	31 (3,2)	34 (4,1)
<b>PC</b>	7 (1,4)	18 (2,2)	19 (2)	14 (1,8)
<b>Otros</b>	5 (0,9)	13 (1,5)	8 (0,8)	6 (0,7)

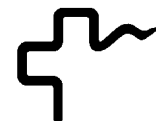
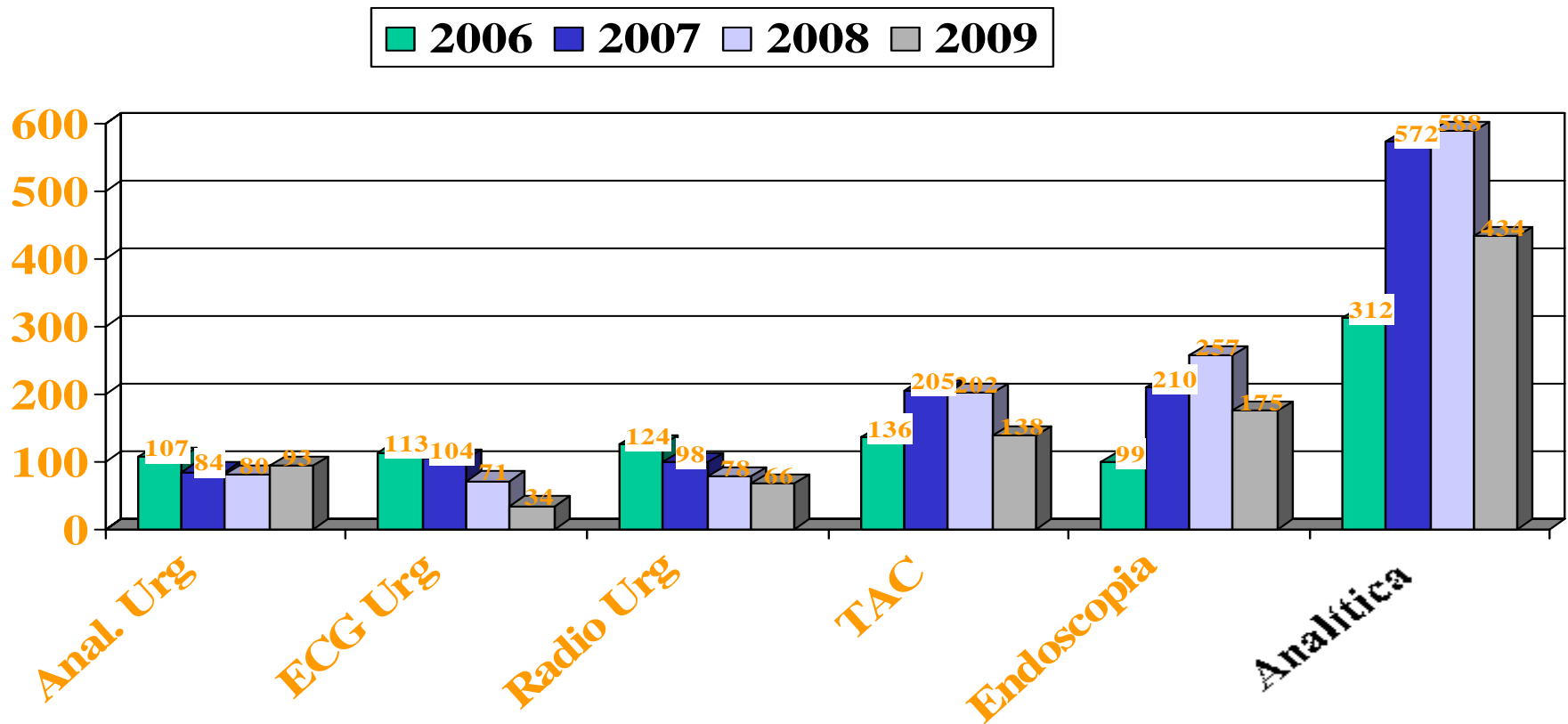
# CAI 2006 - 2008

## Motivo de consulta



# CAI 2006 – octubre 2009

## Pruebas





# CAI 2006 – octubre 2009

## Destino Final de Episodio

	2006	2007	2008	2009
<b>Primaria</b>	237 (50,7)	327 (44,2)	317 (33,7)	278 (32,7)
<b>CCEE</b>	144 (30,8)	230 (31,1)	343 (36,5)	323 (38)
<b>HaD</b>	36 (7,7)	52 (7)	150 (16)	131 (15,4)
<b>Ingreso</b>	30 (6,4)	55 (7,4)	58 (6,2)	50 (5,9)
<b>Urgencias</b>	14 (3)	18 (2,4)	27 (2,9)	15 (1,8)
<b>Gestora Càncer</b>	5 (1,1)	20 (2,7)	29 (3,1)	24 (2,8)
<b>Otras–No datos</b>	-	17 (2,3)	15 (1,6)	29 (3,4)



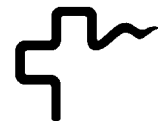
# Valoración de una consulta de atención inmediata de medicina interna

Antonio San José Laporte<sup>a</sup>,  
Iskra Ligüerre Casals<sup>b</sup>, Alex Escosa  
Farga<sup>b</sup> y Miquel Vilardell Tarrés<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital  
Universitario de la Vall d'Hebron.  
Barcelona. España.

<sup>b</sup>Servicio de Atención Primaria  
Barcelona-Montaña. Institut Català de la  
Salut. Barcelona. España.

536 | Aten Primaria. 2008;40(10):531-7 |

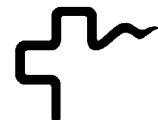
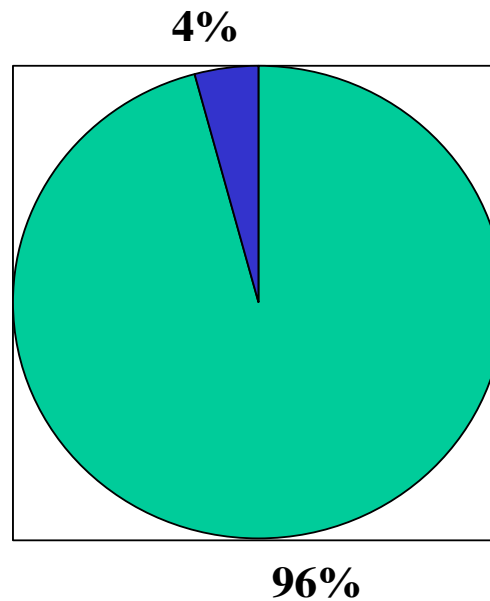


# Metodología

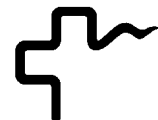
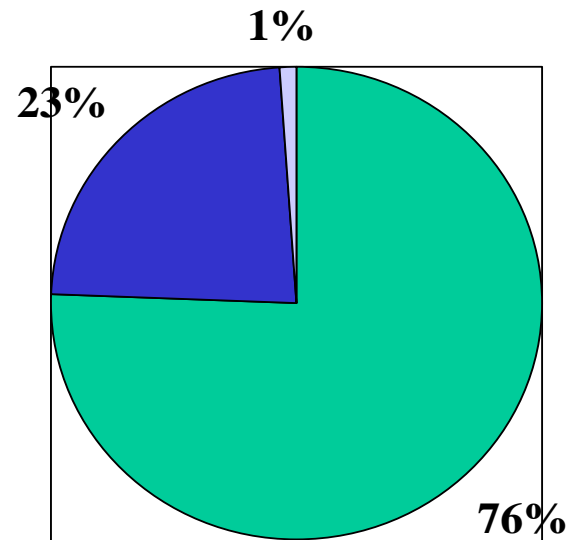
- Encuesta de 15 preguntas
- Diseñada por la CAI y validada per la Direcció de Atenció Primària
- Distribuida desde la Direcció de Atenció Primària a los Directores médicos de los Centros de Salud
- Periodo: segundo y tercer trimestre de 2007
- 200 médicos de Atención Primaria de Salud
- 98 respuestas (49%)



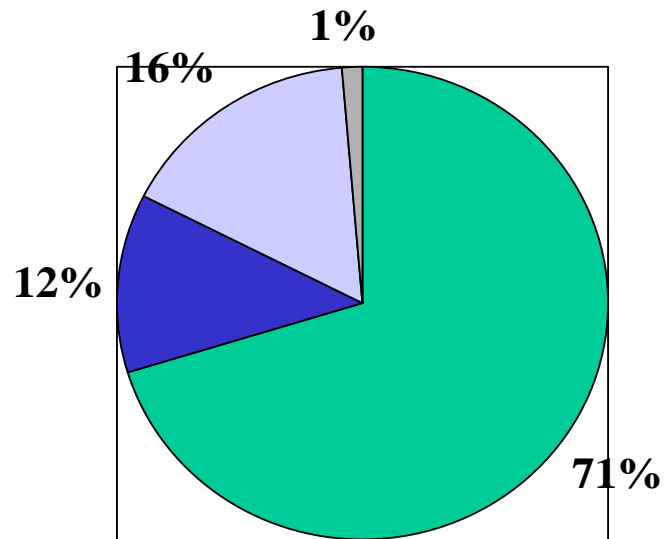
# ¿Crees necesaria esta consulta?



# ¿Has utilizado esta consulta?



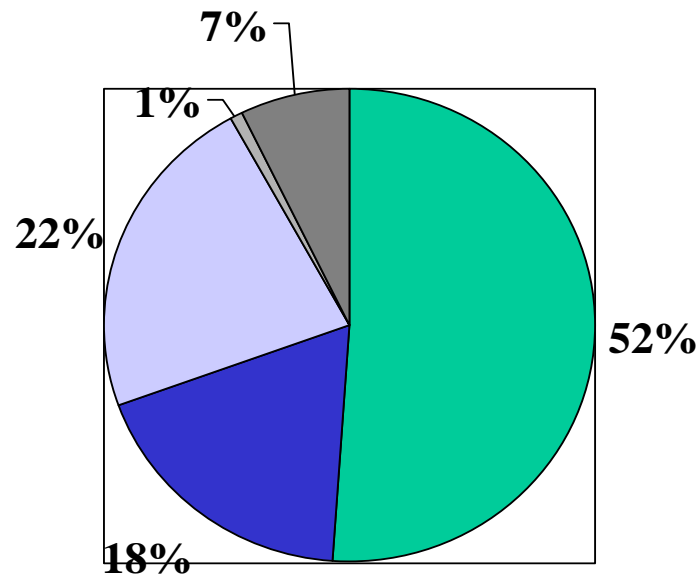
# ¿Como contactaste con la CAI?



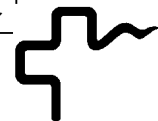
■ Teléfono ■ Email ■ Los dos ■ Directo



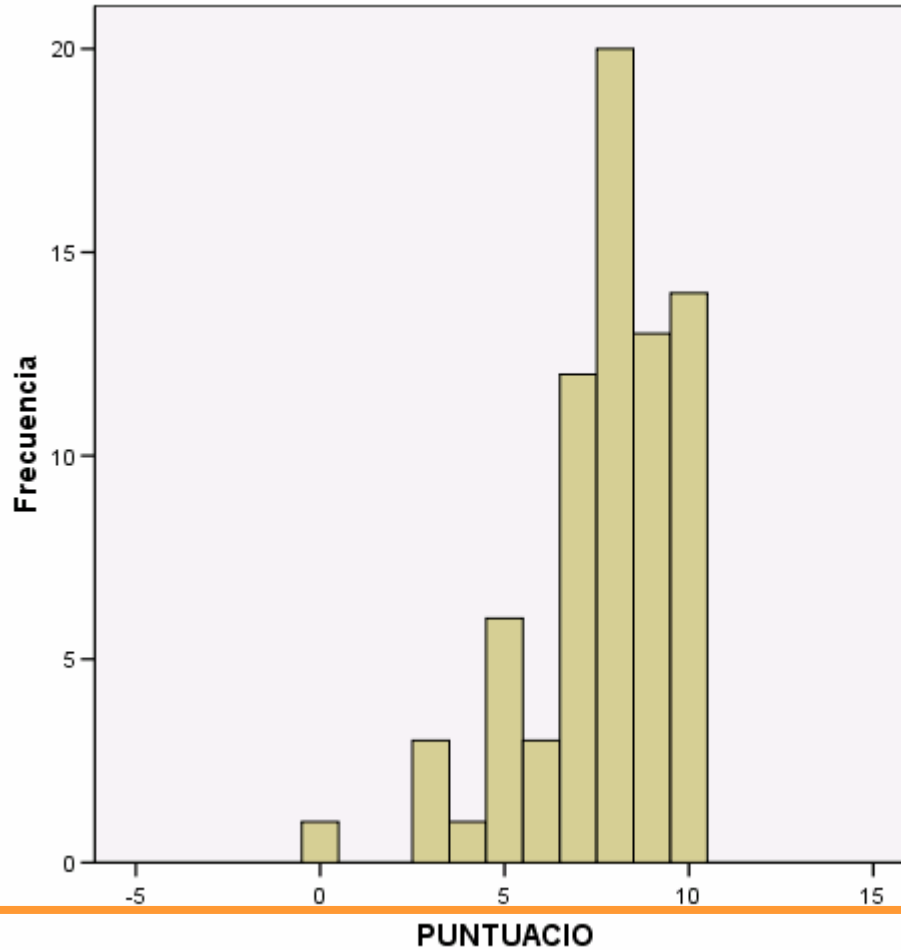
# ¿Qué tipo de paciente crees que es el más indicado?



■ Diagnóstico ■ Crónico/Frágil ■ Los dos ■ Otros ■ NC



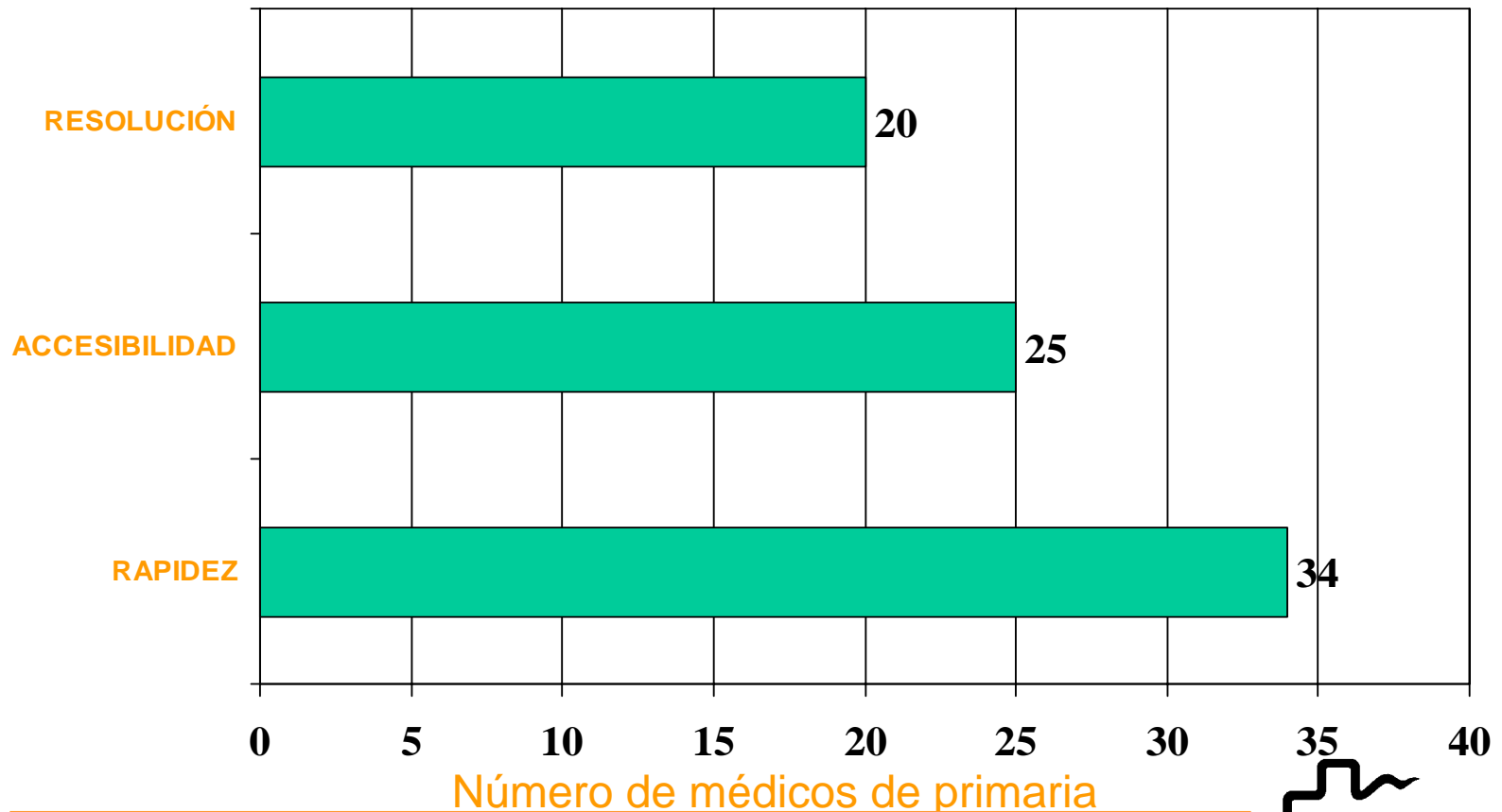
# Puntuación del 0 (mínimo) al 10 (máximo)



Media = 7,7  
Desviación típica = 2,025  
N = 73



# Enumera los aspectos más positivos



# Conclusiones

- La Atención Primaria de Salud utiliza adecuadamente y valora positivamente las iniciativas de **colaboración** de los Servicios de Medicina Interna.
- La visión que tienen del especialista en Medicina Interna es la de un buen **colaborador** en el diagnóstico preferente ambulatorio de pacientes con patologías potencialmente graves.
- Es necesario potenciar la **colaboración** entre médicos de familia y médicos internistas en la atención de las agudizaciones de los pacientes con pluripatología o ancianos frágiles