

Evaluación de las consultas de atención inmediata en Medicina Interna (Hospital Clínico Universitario de Valladolid)

P. Á. de Santos Castro^a, A. Jimeno Carrúez^a, M. C. García Cobo^a, M. I. Elices Calzón^a,
A. Almaraz Gómez^b y M. F. Muñoz Moreno^b

^aServicio de Medicina Interna. ^bUnidad de Apoyo a la Investigación. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

Introducción. Diversos estudios han encontrado un alto porcentaje de ingresos inadecuados en los servicios de Medicina Interna. Para paliar esta situación se creó la Consulta de Atención Inmediata en Medicina Interna (CAIMI), en la que se estudia a pacientes con sospecha de patología grave, pero que su estado físico les permita un estudio ambulatorio al día siguiente de haber ido a Urgencias. Las pruebas solicitadas tendrían prioridad sobre las del resto de consultas.

Métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo, mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes atendidos en la CAIMI durante los dos primeros años.

Resultados. Nuestro servicio atendió en la CAIMI a 726 personas (el 52,2% varones) con una edad media de 54,12 años. El 18,6% de los pacientes atendidos precisó el ingreso; el 66,7% de ellos desde la primera consulta. En la mayoría de los casos parece relacionarse con el hecho de acortar un estudio que se prevé largo. A pesar de ello estimamos que se han evitado 1,4 ingresos al día. El tiempo medio de estudio empleado fue de 33,20 días, muy superior al esperado, debido a la alta prevalencia de patología inespecífica valorada y déficit de organización hospitalaria. Se decidió estudiar al 76,6% de los pacientes enviados, lográndose el diagnóstico en el 63,3% del total de pacientes. Sin embargo, la CAIMI fue insuficiente al precisar el ingreso o la derivación a otras especialidades en el 27,3% de los casos.

Conclusiones. Creemos que la CAIMI puede ser útil para mejorar la eficiencia de los servicios de Medicina Interna, aunque para ello es necesario solucionar los importantes déficit encontrados.

PALABRAS CLAVE: alternativas a la hospitalización, ingresos inadecuados, diagnóstico rápido, consultas externas, eficiencia de los hospitales.

De Santos Castro PÁ, 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(2):84-9.

Study on the immediate care clinics of the Internal Medicine Department (University Clinic Hospital of Valladolid)

Background. Several studies have found a high percentage of inadequate admissions to Internal Medicine Departments. In order to try to alleviate this situation, the Immediate Care Clinics of the Internal Medicine Department (ICCIMD) was created, to study those patients who are suspected of having a serious disease, and whose physical condition allows them to undergo an out-patient study the day after having visited the Emergency Department. The tests requested will take precedence over the rest of the consultations.

Methods. Descriptive, retrospective study, through the review of the clinical records of the patients who came to the ICCIMD during the first two years.

Results. Our service admitted 726 people in the ACCIMD, 52.2 % males, average age of 54.12 years old. A total of 18.6 % of the patients required hospital admission; this admission being carried out at the first medical examination in 66.7% of the cases. In most cases, it can be related with shortening a study that would have lasted longer. In spite of this, we consider that 1.4 daily admissions have been avoided. Mean time devoted to this study was about 33.20 days, much greater than that expected, because of the high prevalence of non-specific disease and hospital organization deficit. It was decided to study 76.6% of the patients sent, their diagnosis being achieved in 63.3% of the total number of patients.

Nevertheless, the ICCIMD was inadequate, as hospital admission was required or the patient was sent to other specialities in the 27.3% of the cases.

Conclusions. We think that the ACCIMD can be useful to improve efficiency of Internal Medicine Department, although, to do so, the significant problems found must be solved.

KEY WORDS: alternative to hospitalization, inadequate admission, early diagnostic, outpatient department, efficiency of hospital.

Correspondencia: P. Á. de Santos Castro.
Servicio de Medicina Interna, 8.^a planta Este.
Hospital Clínico Universitario.
C./ Ramón y Cajal, 3.
47011 Valladolid.

Correo electrónico: vidmendo@latinmail.com

Aceptado para su publicación el 15 de mayo de 2005.

Introducción

Es de todos conocido que los hospitales sufren una excesiva demanda asistencial. La existencia de diversos factores como el envejecimiento poblacional, la cronificación de enfermedades antes rápidamente mor-

tales, el desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas o terapéuticas que exigen medios especializados, etc., hace suponer que esta demanda continuará incrementándose. Este fenómeno es especialmente relevante en los servicios de Medicina Interna. Por ejemplo, el número de pacientes ingresados en Medicina Interna en nuestro hospital se incrementó en un 82,4% entre 1995 y 2002 (de 2.646 a 4.825 pacientes), produciéndose la mayor parte de este aumento entre 1995 y 1999 (de 2.646 a 4.578 pacientes, lo que supone un incremento del 73%). Esto ha provocado que el índice de ocupación de camas de nuestra especialidad haya aumentado un 86,9%, pasando del 92,2% en 1995 al 172,3% en 2002.

Estos datos producen consecuencias muy negativas en lo referente a la organización hospitalaria y al gasto sanitario. Como respuesta a esta situación, en Europa, desde los años noventa, existen numerosos trabajos que evalúan la adecuación de los ingresos y estancias hospitalarias. La mayoría de ellos aplican el Protocolo AEP (*Appropriateness Evaluation Protocol*)^{1,2} de la Universidad de Boston (1981). Dichos estudios³⁻¹², en relación a las «admisiones inadecuadas» en los servicios de Medicina Interna, llegan a conclusiones similares a pesar de realizarse en países distintos: a) el porcentaje de ingresos inadecuados se sitúa entre el 12% y el 17%; b) se estima que el 60% de las admisiones inapropiadas se deben a que los cuidados que precisa el paciente, en especial la realización de estudios, se podrían realizar de forma ambulatoria; c) los pacientes más relacionados con la inadecuación de los ingresos son jóvenes (menores de 65 años), que conservan un buen estado físico, que ingresan de forma programada (en éstos se llega a tasas de inadecuación del ingreso del 71%) o cuya familia no puede aportarles los cuidados necesarios en su domicilio; d) las patologías que aparecen con mayor frecuencia en estos pacientes son los síntomas mal definidos, el síndrome constitucional, la anemia y la fiebre, siendo el diagnóstico más frecuente el de tumores, y e) los grupos de enfermedad (según la CIE-9) que con mayor frecuencia presentan ingresos inadecuados son los de *síntomas y signos inespecíficos*, que supone aproximadamente el 33% del total; *infecciosas*, con un 19,5%, y *neoplásicas*, con un 8,7%. A partir de estas conclusiones podemos deducir que «la utilización inapropiada del ingreso hospitalario es atribuible fundamentalmente a causas internas de la organización de los centros y no a las características de los pacientes»¹³. De esta forma se constata que «en muchos casos los ingresos son inadecuados, pero imprescindibles. El hospital se usa para dar respuesta a los déficit organizativos de la atención especializada, especialmente durante el proceso diagnóstico»¹³.

En este contexto, intentando potenciar la faceta curativa de los hospitales mediante la reducción de los ingresos y estancias inapropiadas, han ido naciendo diversas alternativas a la hospitalización, como las Unidades de Observación de Urgencias, las Unidades de Hospitalización a Domicilio, las Unidades de Cuidados Paliativos, los Hospitales de Día, las Unidades de Corta Estancia en Medicina Interna^{14,15}, la Consulta Única o de

Alta Resolución¹⁶ u otro tipo de consultas de funcionamiento similar y denominadas en cada hospital de distinta forma: Consulta Diagnóstica de Medicina¹⁷, Unidad de Diagnóstico Rápido¹⁸ o, como la hemos bautizado en nuestro hospital, Consulta de Atención Inmediata en Medicina Interna (CAIMI) o «consulta rápida», a la que se dedica nuestro estudio.

La CAIMI nace en 1997 en nuestro hospital como respuesta al importante incremento de ingresos que se estaba produciendo en los servicios de Medicina Interna y a que, en muchos casos, el objetivo de dichos ingresos era la realización de un estudio diagnóstico que podría haberse obtenido de forma ambulatoria si la práctica de exploraciones se llevase a cabo más ágilmente. Por tanto, el propósito era intentar que el tiempo de estudio de un paciente en esta consulta fuera similar al empleado si el paciente hubiera ingresado. Para ello se creó una consulta atendida por internistas dirigida al estudio de pacientes con sospecha de patología grave y cuyo estado físico y grado de autonomía fuera suficiente para permitir un estudio ambulatorio. De esta forma en la CAIMI los pacientes serían derivados desde el servicio de Urgencias y valorados el día laborable siguiente por el internista. Las pruebas complementarias solicitadas deberían tener la misma prioridad que las pedidas desde la hospitalización. En una consulta posterior se informaría al paciente del resultado de las exploraciones. Por tanto, teóricamente, la única demora que se produciría con respecto a la hospitalización sería la espera del resultado de las exploraciones.

El fundamento de este trabajo es evaluar la atención ofrecida a los pacientes enviados a estas consultas durante sus dos primeros años de funcionamiento. Para ello nos planteamos cuatro objetivos fundamentales:

- 1) Conocer las características de los pacientes y de la patología que con mayor frecuencia atendíamos.
- 2) Estimar la cantidad de ingresos que no se produjeron gracias a la existencia de la CAIMI.
- 3) Valorar si la duración del estudio era «cercana» a la que se hubiese producido si el paciente hubiese sido ingresado. Teniendo en cuenta que la estancia media de los pacientes ingresados en nuestra especialidad durante esos dos años era de 13 días aproximadamente, nos marcamos como adecuado un tiempo de estudio medio de 20 días.
- 4) Calcular la cantidad de pacientes para los que esta consulta había sido eficaz para solucionar su problema diagnóstico.

Material y métodos

Nuestro trabajo consiste en un estudio descriptivo, retrospectivo, realizado mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes atendidos en la CAIMI del Hospital Clínico Universitario de Valladolid por facultativos pertenecientes a nuestro servicio en los dos primeros años de funcionamiento de ésta (del 17 de junio de 1997 al 30 de junio de 1999). Durante este período fueron enviados a esta consulta 1.452 pacientes. Como en nuestro hospital existen dos servicios de Medicina Interna y los pacientes que son enviados a la CAIMI son valorados de forma alternativa por médicos de uno u otro servicio, nuestro servicio atendió a 726 pacientes.

Con cada historia revisada rellenábamos una ficha de trabajo en la que considerábamos las características de los pacientes y diversos datos relacionados con la atención prestada y los diagnósticos encontrados en el servicio de Urgencias y en la CAIMI.

En un estudio preliminar que realizamos tomando una muestra aleatoria de estos pacientes encontramos que no podíamos localizar una cuarta parte de las historias, y que de las historias revisadas en otra cuarta parte aproximadamente no lográbamos completar la ficha de trabajo. Por tanto decidimos estudiar a todos los pacientes enviados a nuestra consulta.

Finalmente hemos podido revisar 592 historias, lo que supone el 81,5% de los pacientes enviados a la CAIMI. De éstos, el 72,8% (431) presentaban la información de forma completa, es decir, el 59,3% del total de pacientes atendidos. En el 16,7% (98) sólo se pudieron completar los datos referidos a las características de los pacientes, en el 6,1% (36) no se disponía de la información de la CAIMI, estando presente la de Urgencias, y en el 4,4% (27) faltaba la información de Urgencias, constando la de la CAIMI.

Las fichas de trabajo que íbamos completando se recogían en la base de datos dBASE-III para realizar posteriormente el análisis estadístico en SPSS (versiones 10.0 y 11.5). Las variables numéricas están expresadas en forma de media más su intervalo de confianza (IC) al 95%. También hemos usado razones de prevalencia (RP) y el factor «r» de correlación de Pearson. Como pruebas de significación estadística nos hemos servido, en función de las variables estudiadas, de la «t» de Student, la «Chi cuadrado» y la ANOVA de un factor.

Resultados

Durante el período estudiado fueron enviados a la CAIMI 1.452 pacientes, siendo valorados en nuestro servicio 726. Por tanto cada día se derivaron a la CAIMI, desde Urgencias, una media de 1,95 personas. Teniendo en cuenta que esta consulta sólo está disponible los días laborables, obtenemos que cada día se atendió a 2,88 personas de media (1,44 por nuestro servicio). El 31,6% (156) de los pacientes fueron valorados los lunes, seguido, respectivamente, de los martes (19,6%), viernes (17,6%), miércoles (16,4%) y jueves (14,8%). Los meses en que se atendieron más pacientes fueron mayo con el 10,9% (75) y marzo con el 10,3% (71). Sin embargo, el menor número de pacientes se atendió en noviembre, el

6,4% (44), y en septiembre, el 6,7% (46). En el segundo trimestre se atendió al 27,5% (190) de los pacientes, y en el primero, al 26,7% (184), porcentajes mayores al 23,6% (163) del cuarto trimestre y al 22,2% (153) del tercer trimestre.

El 52,2% (379) de los pacientes eran varones. La edad media de los pacientes fue de $54,12 \pm 1,65$ años (rango: 14-92). Los varones presentaban una edad media significativamente mayor que las mujeres ($56,17 \pm 2,26$ frente a $52,02 \pm 2,41$; $p=0,014$). Si comparamos la distribución por edades (divididas por lustros de edad) de los pacientes de la CAIMI con los atendidos durante ese período en la consulta ordinaria de Medicina Interna (fig. 1) observamos que la distribución era similar, presentando una frecuencia creciente hasta un pico establecido entre los 65 y los 80 años. Sin embargo, en nuestra consulta se produjo otro pico de frecuencia en personas jóvenes entre 20 y 30 años.

En el estudio de los antecedentes personales de interés encontramos que los pacientes atendidos presentaban una media de $0,86 \pm 0,09$. El 50% (296) de los pacientes estudiados no tenía ningún antecedente personal y el 26,5% (157) sólo tenía uno. La enfermedad crónica más prevalente fue la hipertensión arterial (HTA), presente en el 20,6% (122) de los casos, seguida de la diabetes y el úlcus péptico, con el 8,6% (51) y el 8,3% (49) de los casos, respectivamente.

En la tabla 1 señalamos las patologías que con mayor frecuencia fueron remitidas a la CAIMI. Las más frecuentes fueron la abdominalgia, la fiebre y la diarrea con el 10,2% (50), el 9,4% (46) y el 6,1% (30) de los pacientes, respectivamente. En los 490 pacientes en que conocemos el diagnóstico dado en Urgencias, hemos codificado 85 patologías distintas, formando parte, en el 57,8% (283) de los casos, del grupo de *síntomas y signos inespecíficos* según la CIE-9.

Por otra parte hemos codificado 143 diagnósticos tras el estudio realizado a los pacientes (sobre un total de 458 personas en las que contábamos con dicha información). Las enfermedades más frecuentes han sido la infección respiratoria y la neumonía con el 4,8% (22) y el 3,3% (15) de los pacientes, respectivamente (tabla 2). Sin embargo, los grupos de enfermedad, según la CIE-9, más prevalentes fueron las en-

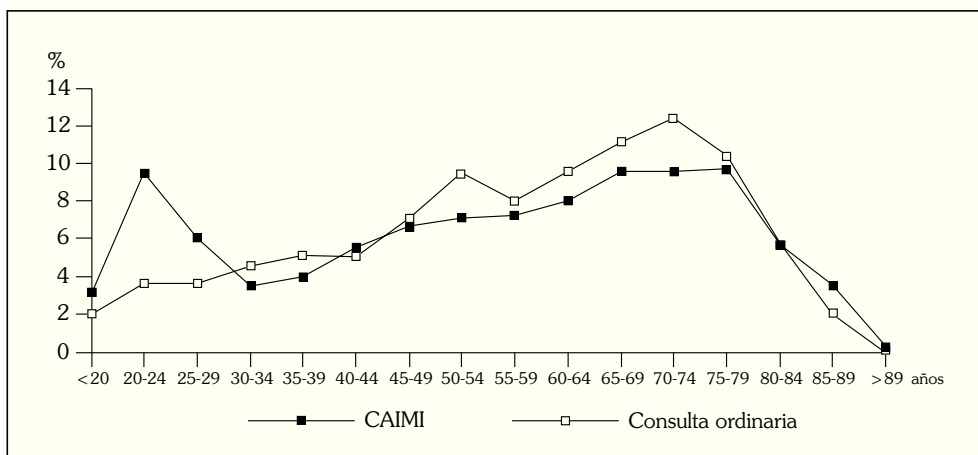


Fig. 1. Comparación de la distribución por lustros de edad de los pacientes atendidos en la CAIMI (Consulta de Atención Inmediata en Medicina Interna) y en la consulta ordinaria de Medicina Interna entre junio de 1997 y junio de 1999.

TABLA 1
Diagnósticos más frecuentes en el Servicio de Urgencias entre los pacientes atendidos en la CAIMI

	Número de pacientes	%*
Abdominalgia	50	10,2
Fiebre	46	9,4
Diarrea	30	6,1
Pérdida de conciencia	21	4,3
Hemoptisis	20	4,1
Rectorragia	20	4,1
Mareo	16	3,3
Neumonía	15	3,1
Astenia-síndrome constitucional	15	3,1
Masa pulmonar	14	2,9
Infección respiratoria	13	2,7
Melenas	12	2,4
Anemia	12	2,4
Parálisis (no PC)	11	2,2
Dolor vertebral	11	2,2
Cefalea	10	2,0
ACVA	9	1,8

*Porcentaje sobre el total de pacientes con información de Urgencias (490).
PC: pares craneales; ACVA: accidente cerebrovascular agudo; CAIMI: Consulta de Atención Inmediata en Medicina Interna.

fermedades digestivas (16,8%) y circulatorias (11,4%). Pero, paradójicamente, el diagnóstico hallado con mayor frecuencia fue el de ausencia de enfermedad tras el estudio, lo que sucedió en el 9% (41) de los pacientes. Si a este dato le añadimos el 8,5% (39) de los pacientes en los que el diagnóstico fue un síntoma o signo inespecífico, llegamos a que en un 17,5% (80) no se obtuvo ningún diagnóstico etiológico. Comparando las características de estos pacientes con los que sí presentan un diagnóstico definitivo observamos que los primeros fueron significativamente más jóvenes ($46,24 \pm 4,85$ frente a $54,91 \pm 2,01$ años; $p=0,001$), siendo el 41,5% menores de 35 años, con

TABLA 2
Diagnósticos más frecuentes tras el estudio realizado en los pacientes atendidos en la CAIMI

	Número de pacientes	%*
Infección respiratoria	22	4,8
Neumonía	15	3,3
ACVA	13	2,8
Síndrome ansioso	11	2,4
HTA descompensada	11	2,4
Enfermedad inflamatoria intestinal	10	2,2
Viriasis inespecífica	9	2,0
Hemorroides	9	2,0
Úlcus péptico	9	2,0
Diverticulosis colónica	9	2,0
Iatrogenia	9	2,0
Tularemia	8	1,8
Hepatopatía crónica	8	1,8
Cáncer de colon	7	1,5
Sin diagnóstico	41	9,0

*Porcentaje sobre el total de pacientes con información de la CAIMI (457).
ACVA: accidente cerebrovascular agudo; HTA: hipertensión arterial; CAIMI: Consulta de Atención Inmediata en Medicina Interna.

menos antecedentes personales (0,59 frente a 0,90; $p=0,008$), y con mayor proporción de derivación a la consulta para estudio de síntomas inespecíficos (73,8% frente al 51,5%; $RP=2,26$; $p=0,000$).

Precisaron el ingreso el 18,5% (85) de los pacientes, haciéndolo el 66,7% de ellos desde la primera valoración en la consulta. Analizando el motivo del ingreso podemos asumir que el 71,8% (61) de los ingresos se producen para acortar un estudio que se prevé largo debido a la sospecha clínica que presenta el paciente. El porcentaje de ingreso entre los pacientes en los que se inicia el estudio (354) desciende al 8,8%. Extrapolando los datos a los 726 pacientes atendidos estimamos que se decidiría iniciar el estudio a 561, ingresarían 45, no haciéndolo 516. Esto supone que no ingresarían 0,7 personas diarias (1,4 personas al día si añadimos los pacientes atendidos por el otro servicio de Medicina Interna).

Cuando excluimos de nuestro trabajo a los pacientes que en la primera consulta son ingresados o derivados a otros servicios, ya que su inclusión sesgaba el tiempo de estudio, la duración media de éste fue de $33,16 \pm 3,49$ días. Esta duración no depende de las características de los pacientes (edad, sexo, antecedentes personales o presencia de criterios de ingreso), pues las diferencias encontradas no presentaban significación estadística. En la figura 2 podemos comprobar que el tiempo de estudio está fuertemente relacionado con el número de consultas empleadas hasta el alta. De esta forma la duración del estudio se reduce a 25,4 días en caso de precisar 2 consultas. Además, de los pacientes que se diagnostican en la segunda consulta, el 59,7% lo hacen en menos de 20 días (media: 12,4 días) y el 69,2% en menos de 25 (media: 13,8 días).

Nos pareció interesante tratar de conocer las razones por las que se precisaban más de 2 consultas para finalizar el estudio. Hemos descubierto que el 7,3% (26) de los pacientes en los que se inició el estudio en la CAIMI presentaba ausencia de alguna prueba al acudir a la segunda consulta. Esto era debido a problemas de funcionamiento hospitalario. Más importante nos parece que en el 16,1% (57) de los pacientes a estudio se solicitaban nuevas exploraciones en la se-

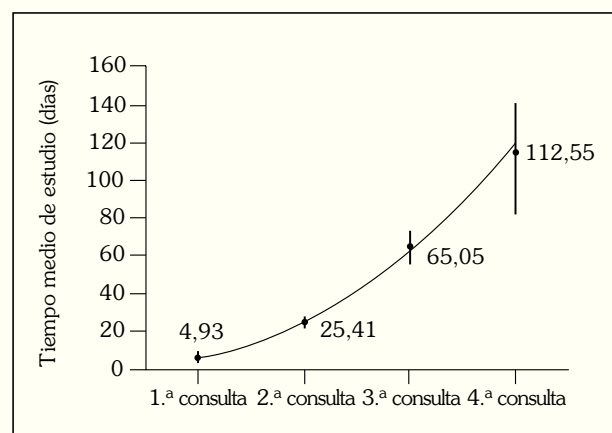


Fig. 2. Comparación del tiempo de estudio medio empleado (e IC 95%) en función del número de consultas realizadas.

gunda consulta, en la mayoría de los casos por haber orientado, pero no diagnosticado, la patología en la primera batería de pruebas.

Lógicamente también hemos encontrado que el tiempo de estudio se relacionó con la cantidad de pruebas solicitadas en la consulta ($r=0,346$; $p=0,000$) y fue inversamente proporcional al porcentaje de pruebas solicitadas en Urgencias ($r=0,247$; $p=0,000$).

De los pacientes revisados se decidió iniciar el estudio en el 77,3% (354) de los casos. El 22,7% (104) restante contenía aquellos pacientes que en la primera consulta precisaron ingreso (11,8%), los que fueron derivados a la consulta de otras especialidades (7,2%) y los que no precisaron más exploraciones para su diagnóstico (3,7%).

Finalmente se obtuvo el diagnóstico o curación en el 63,3% (290) de los pacientes (fig. 3), lográndose el 72,1% (209) en la segunda consulta, un 45,5% del total de pacientes. Sin embargo, un 18,6% (85) de los pacientes precisaron el ingreso, produciéndose el 66,7% (54) desde la primera consulta (el 11,8% del total de pacientes). Por otra parte, el 8,7% (40) de los pacientes precisaron ser remitidos a otras especialidades para finalizar su estudio.

Discusión

A pesar de los problemas metodológicos que presenta nuestro análisis, sobre todo derivados de ser un es-

tudio descriptivo, retrospectivo y de la alta proporción de historias incompletas que hemos revisado, pensamos que la Consulta de Atención Inmediata en Medicina Interna se muestra como un elemento eficaz para incrementar la eficiencia hospitalaria. Por una parte, la población que atendemos en dicha consulta presenta características similares a las de pacientes que en otros estudios se han catalogado como ingresos inapropiados. Por ejemplo, Matorras et al.³ encontraron en el grupo de pacientes con admisión inadecuada una edad media de 56,6 años (siendo menores de 44 años el 31,5%) y un porcentaje de ingreso del 33,1% por *síntomas mal definidos*, del 19,5% por *enfermedades infecciosas* y del 11,4% por *enfermedades digestivas* (según la CIE-9). Nuestros pacientes tenían una edad media de 54,1 años, siendo menores de 44 años el 32,3%, y fueron derivados por enfermedades digestivas el 12,4%. Sin embargo, nuestra proporción de estudio de síntomas inespecíficos es muy superior a la de Matorras et al, un 57,8%.

Por otra parte hemos estimado que con la CAIMI evitamos 1,4 ingresos diariamente. Aunque sabemos que este cálculo está sobreestimado, ya que partimos de considerar a los pacientes que estudiamos como candidatos al ingreso, nos parece un dato de interés para paliar la masificación que sufre nuestro hospital.

Sin embargo, este trabajo también pone en evidencia importantes déficit de funcionalidad de la CAIMI. Creemos que estos defectos se pueden agrupar en dos apartados: a) la excesiva duración del estudio medio empleado, y b) la alta proporción de ingresos realizados, en especial desde la primera consulta, horas después de haber sido valorado el paciente en Urgencias.

Teniendo en cuenta la finalidad de esta consulta es inadmisibles la duración media de estudio encontrada. Creemos que los factores responsables de este fracaso son múltiples. En muchos casos los pacientes llegan a la segunda consulta sin habérseles practicado una determinada prueba (o sin estar disponible el informe en la historia clínica), por lo que precisan una consulta sucesiva. También hemos comprobado que el tiempo de estudio varía en función de la época del año en que se realice debido a la saturación de los servicios de diagnóstico (por aumento de la demanda o ausencia de personal). Además, los tiempos medios de estudio para los pacientes en los que se solicitaron determinadas exploraciones están muy lejos de los que se producirían si hubiesen ingresado (por ejemplo, broncoscopia, 64,67 días; tomografía axial computarizada [TAC] craneal, 63,83 días; TAC torácica, 56,50 días; citología de esputo, 51,21 días), lo que indica que para la mayor parte de los servicios diagnósticos las exploraciones originadas en nuestra consulta no han sido preferentes al resto. Por tanto se necesita mejorar la interrelación con los servicios centrales.

Pero creemos que la alta prevalencia de sintomatología inespecífica es la mayor culpable del elevado tiempo de estudio. Esta conclusión viene corroborada por el hecho de que las patologías cuyo estudio fue más prolongado eran, en general, síntomas muy inespecíficos, como la pérdida de conciencia, la anemia, la ce-

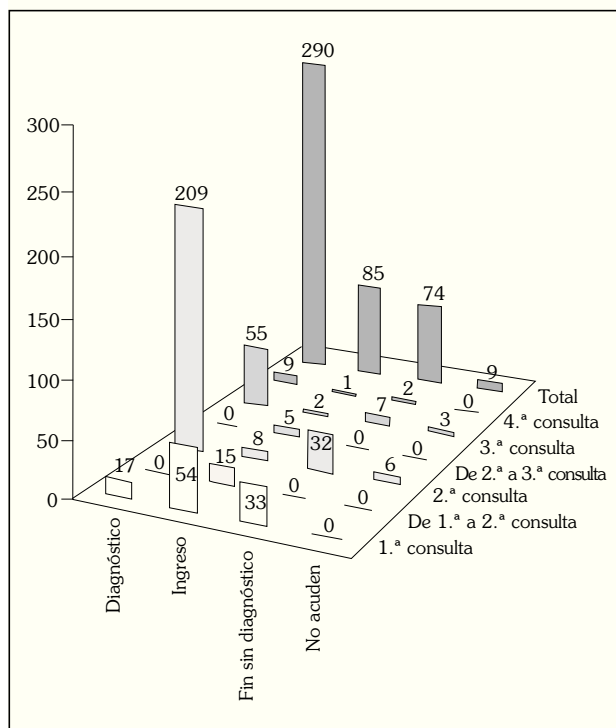


Fig. 3. Distribución de los pacientes atendidos en la CAIMI (Consulta de Atención Inmediata en Medicina Interna) en relación con el destino final del paciente (diagnóstico o curación; ingreso; no se continúa el estudio a pesar de no existir diagnóstico; o no acudir el paciente a la última consulta) y la cantidad de consultas precisas para finalizar su estancia en la consulta.

falea, el mareo o la astenia (tabla 3), que precisan estudios muy laboriosos. Debido a ello muchos pacientes precisan más de dos consultas para el estudio y, sin duda, necesitan un mayor número de pruebas, a veces, escalonadas. La proporción de pacientes que hemos atendido por síntomas inespecíficos supera ampliamente, casi dobla, a la de otros estudios con poblaciones similares. Recordemos que esta consulta está dirigida a pacientes con sospecha de patología grave, aunque mantengan un buen estado general. Por tanto, que la patología oncológica suponga el 9,6% nos parece un porcentaje mucho menor del esperado. Si a esto le añadimos que el 17,5% de los pacientes acaban sin un diagnóstico etiológico, que creemos es debido a la curación espontánea de los procesos que tenían, es fácil suponer que desde Urgencias se ha abusado de esta consulta. Por ello se debería optar entre seguir con el funcionamiento actual de la CAIMI, que supone un importante alivio para el personal de guardia al ofrecer una alternativa para «casos difíciles», o, por el contrario, limitar su uso a una serie de patologías (o sospechas) dadas.

De lo que sí estamos seguros es de que la disminución del tiempo de estudio de los pacientes reduciría la proporción de ingresos desde la CAIMI. No podemos obviar que al 71,8% de los pacientes se les ingresó para acortar un estudio que se prevé largo. Pero también hay datos para pensar que los propios internistas responsables de la CAIMI dudan de su eficacia y valor real. De otro modo no se puede explicar que dos terceras partes de los pacientes que ingresaron lo hicieran tras la primera valoración, en muchos casos horas después de haber sido derivados a la consulta, o que la patología oncológica supusiera el 25,9% de las hospitalizaciones desde la consulta, mientras que sólo estaba presente en el 4,6% de los pacientes

que no precisaron el ingreso. Teniendo en cuenta el tiempo de estudio medio que hemos encontrado no es de extrañar la desconfianza que existe en que la consulta sea capaz de satisfacer a pacientes y médicos que se enfrentan a patologías verdaderamente graves. A pesar de estas críticas seguiremos afirmando que la CAIMI puede desempeñar un importante papel en la mejora de la eficiencia de los servicios de Medicina Interna y, por ende, de los hospitales. Recientemente, la lectura de los datos expuestos por Capell et al.¹⁸ sobre su experiencia de 5 años en la Unidad de Diagnóstico Rápido, en la que logran un intervalo medio de diagnóstico de 5,7 días (más un tiempo medio de espera de 4,9 días), consideran que evitaban el ingreso de 1.473 pacientes (el 53,7% de los atendidos) y calculan una reducción de los costes de la atención, todo ello con un elevado grado de satisfacción por parte de los pacientes, nos reafirma en nuestra postura. Sin embargo, al igual que otras iniciativas similares (Unidades de Corta Estancia, Consulta Única, etc.), precisa del apoyo y la confianza del resto del hospital. Sólo así se podrá, entre todos, pulir los déficit de funcionamiento encontrados.

BIBLIOGRAFÍA

- Gertman PM, Restuccia JD. The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care*. 1981; 19:855-71.
- Strumwasser I, Paranjpe NV, Ronis DL, Share D, Sell LJ. Reliability and validity of utilization review criteria: Appropriateness Evaluation Protocol, Standardized Medreview Instrument, and Intensity-Severity-Discharge Criteria. *Med Care*. 1990;28:95-111.
- Matorras P, de Pablo M, Otero L, Alonso F, Daroca R, Díaz-Caneja N. Adecuación de los ingresos en un servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel. *Med Clin (Barc)*. 1990;94:290-3.
- González-Montalvo JL, Baztán JJ, Rodríguez-Mañas L, San Cristóbal E, Gato A, Ballesteros P, et al. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causas, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad. *Med Clin (Barc)*. 1994;103:441-4.
- Perneger TV, Chopard P, Sarasin P, Gaspoz JM, Lovis C, Unger PF, et al. Risk factors for a medically inappropriate admission to a Department of Internal Medicine. *Arch Intern Med*. 1997;157:1495-500.
- Ferrero OL, Sánchez LA, Corredera C, Uriarte E, de Miguel F. Inadecuación de los ingresos en un servicio de Medicina Interna, valorada con el protocolo AEP. *An Med Interna (Madrid)*. 1998;15:674-5.
- Chopard P, Perneger TV, Gaspoz JM, Lovis C, Gousset D, Rouillard C, et al. Predictors of inappropriate hospital days in a department of Internal Medicine. *Int J Epidemiol*. 1998;27:513-9.
- Rodríguez-Vera FJ, Alcócer 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.
- Mirón JA, Orosco JA, Alonso M, Sáenz MC. Estimación de ingresos y estancias inadecuadas en un hospital comarcal. *Rev Clin Esp*. 2000; 200:654-8.
- Zambrana JL, Delgado M, Cruz G, Díez F, Martín MD, Salas J. Factores asociados a ingresos inadecuados en un servicio de Medicina Interna. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:652-4.
- Ochoa-Gómez J, Villar A, Ramalle-Gómara E, Carpintero JM, Bragado L, Ruiz JJ. Adecuación de los ingresos hospitalarios urgentes. *An Med Interna (Madrid)*. 2002;19:446-8.
- San Román C, Guil M, Fernández S, Lorca J. Ingresos y estancias inadecuadas en Medicina Interna [carta]. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:57.
- Ollero M. Adecuación y utilidad del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:655-7.
- De la Iglesia F, Pellicer C, Ramos V, Castro B, Rodríguez A, Diz-Lois F. La unidad de corta estancia médica (UCEM) de La Coruña: nuestra experiencia. *An Med Intern (Madrid)*. 1997;14:125-7.
- Barbado MJ, Jimeno A, Ostolaza JM, Molinero J. Unidad de corta estancia dependiente de Medicina Interna. *An Med Interna (Madrid)*. 1999; 16:504-10.
- Zambrana JL, Jiménez-Ojeda B, Marín 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.
- Riera A, Bonastre M, Santesmasses A, Nogueras A. Consulta diagnóstica de medicina (CDM) como alternativa a la hospitalización para el estudio de pacientes con patología grave no urgente. *Todo Hospital*. 1996;130:90-1.
- Capell S, Comas P, Piella T, Rigau J, Pruna X, Martínez F, et al. Unidad de diagnóstico rápido: un modelo eficaz y eficiente. Experiencia de 5 años. *Med Clin (Barc)*. 2004;123(7):247-50.

TABLA 3
Tiempo de estudio medio empleado para los diagnósticos más frecuentes emitidos en Urgencias

	Número de pacientes	Tiempo de estudio medio empleado (días)
Pérdida de conciencia	16	60,44
Anemia	10	46,60
Dolor vertebral	9	44,78
Cefalea	6	43,00
Neumonía	13	42,62
Mareo	14	40,50
Astena-síndrome constitucional	9	40,22
Diarrea	23	38,74
Masa pulmonar	9	38,44
Hemoptisis	15	32,87
Abdominalgia	41	32,32
Fiebre	32	31,38
Parálisis (no PC)	8	30,62
Melenas	10	25,80
Infección respiratoria	8	25,75
ACVA	6	19,17

PC: pares craneales; ACVA: accidente cerebrovascular agudo. El número de pacientes de cada categoría no coincide con los reflejados en la tabla 1 debido a la existencia de historias con información insuficiente para calcular el tiempo de estudio.