



## 619 - CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN EN EL HOSPITAL DE CIUDAD REAL

*Isabel Carmona Moyano, Carmen Monroy Gómez, Beatriz la Rosa Salas, Marina Martínez Vacas, Rafael Cejas Fernández, Miri Kim Lucas, María José Redondo Urda y Ana García Pérez*

*Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.*

### Resumen

**Objetivos:** El objetivo principal de este estudio fue evaluar el impacto de la consulta de Alta Resolución en la hospitalización del Hospital General Universitario de Ciudad Real. Como objetivos específicos, describir; Servicio desde el que se generan más derivaciones, tiempo entre la interconsulta y la primera visita. tiempo hasta alta del circuito, diagnósticos más comunes, estancias hospitalarias evitadas y estancias hospitalarias destinadas a realización de pruebas complementarias invasivas.

**Métodos:** Es un estudio descriptivo longitudinal en el que utilizamos los siguientes datos de los pacientes incluidos en el circuito de Alta Resolución de nuestro hospital desde diciembre de 2018 hasta mayo de 2022; procedencia de la derivación, fechas de derivación, de primera consulta y del alta, tipo de diagnóstico definitivo (enfermedad tumoral, sistémica, infecciosa, enfermedad tromboembólica, otros).

**Resultados:** Hubo 1.004 derivaciones de las cuales 167 no cumplían los criterios de inclusión por lo que no se incluyeron en el circuito de alta resolución. Del total de pacientes incluidos el 48,98% eran mujeres y el 51,02% hombres, con un promedio de edad de 60,88 años. La mayoría fueron derivados desde el servicio de urgencias (62,01%) y de atención primaria (22,94%) por anemia el 32,14% seguido de síndrome constitucional el 31,66%, hallazgos radiológicos el 10,51%, TVP el 9,68%, fiebre prolongada el 8,12%, poliadenopatías el 7,29% y otros diagnósticos el 0,48%. El tiempo promedio de demora en la primera consulta fue de 2,50 días y el tiempo de permanencia en el circuito de 24,25 días. El 22,82% de los pacientes fueron diagnosticados de neoplasias, el 9,56% de enfermedad tromboembólica, el 2,99% de patología sistémica, el 4,06% de patología infecciosa y la mayoría (60,57%) de otro tipo de patologías. De todos los pacientes incluidos solo el 6,21% requirió ingreso hospitalario para realización de pruebas complementarias, por lo que en el 93,79% de los pacientes se realizaron las pruebas complementarias de forma ambulatoria, evitándose así 785 ingresos.

CRITERIOS INCLUSIÓN	CRITERIOS EXCLUSIÓN
<p><b>SÍNDROME CONSTITUCIONAL:</b> Astenia, anorexia y pérdida significativa de peso (disminución involuntaria del 5% del peso corporal total en 6 meses).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si sospecha neoplasia pulmón y/o mama, derivar a circuitos correspondientes.</li> <li>➤ En urgencias se realizará analítica básica y Rx tórax.</li> </ul>	<p><b>Pacientes con mal estado general y/o criterios de gravedad que precisen ingreso hospitalario:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En los casos de anemia: Pacientes con datos de sangrado activo y/o inestabilidad hemodinámica.</li> <li>- En los casos de fiebre: Pacientes con signos de sepsis y/o importante afectación del estado general.</li> <li>- En los casos de TVP: TEP confirmado o sospechado, edad &lt; 50 años, IR grave (Cx &lt;30 ml/min) ó IH grave, sospecha de hemorragia o sangrado reciente (&lt; 1 mes), trombopenia, obesidad (&gt;120 kg), embarazo, dudas sobre el cumplimiento terapéutico ambulatorio.</li> </ul>
<p><b>ANEMIA DE PERFIL FERROPÉNICO (VCM &lt;80)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En urgencias se extraerá perfil analítico de anemia, independientemente de si precisa o no transfusión (en caso de precisarla, éste se extraerá previamente a la misma).</li> </ul>	<p>Edad &gt;85 años (salvo en los casos de TVP)</p>
<p><b>SDME FEBRIL PROLONGADO:</b> Fiebre &gt;38°C de &gt; 15 días sin focalidad aparente y que tras una evaluación inicial (Hª clínica completa, EF, analítica y Rx tórax) permanecen sin un diagnóstico</p>	<p>Pacientes con deterioro cognitivo (moderado a severo), limitación funcional (Barthel &lt;=60) y dificultad para el desplazamiento ambulatorio o que vivan a gran distancia</p>
<p><b>TVP INFRAPOPLÍTEA:</b> Diagnosticada mediante ecodoppler realizado por Radiología</p>	<p>Pacientes en los que por motivos culturales o sociales sea difícil asegurar que cumplan el tratamiento (nivel cultural bajo, carencia de teléfono, problemática social, etc.).</p>
<p><b>POLIADENOPATÍAS PATOLÓGICAS:</b> Afectación &gt;2 territorios no contiguos, tamaño &gt; 1 cm cervicales y axilares; &gt;1,5 cm inguinales, &gt; 0,5 cm epitroclear y cualquier tamaño en región supraclavicular, consistencia pétreo, superficie irregular, ulceración cutánea y/o adherencia a planos profundos</p>	<p>Pacientes que pertenezcan a otra área de salud, salvo que se haya realizado traslado de expediente a nuestro centro (aparece en Mambriño la alerta "LEC" -libre elección de centro).</p>

**Discusión:** La tendencia actual de limitar los ingresos hospitalarios para mejorar la calidad de vida de los pacientes y disminuir los costes sanitarios, llevó a implantar la consulta de Alta Resolución de Medicina Interna. Una de las causas de ingreso hospitalario son los casos en los que se prevé demora diagnóstica de forma ambulatoria. Se crea el lugar idóneo para diagnosticar, orientar y establecer la estrategia terapéutica, intentando limitar la utilización de la hospitalización a los casos en los que sea preciso y de apoyo a los procesos diagnósticos. En el primer año de funcionamiento de esta consulta en el Hospital de Bellvitge, se atendieron 684 pacientes y se evitó el ingreso hospitalario de 334 pacientes. En el Complejo Hospitalario de Palencia el intervalo para el diagnóstico fue de 8 días, con una satisfacción respecto a la atención global alta o muy alta en el 97% de los pacientes encuestados. Para ello es preciso establecer unos criterios de selección para no saturar esta vía y garantizar una atención rápida.

**Conclusiones:** Con todo esto se trata de garantizar la rapidez diagnóstica, el apoyo a pacientes y familiares durante este proceso, evitar la morbimortalidad hospitalaria derivada del ingreso, mejorar la accesibilidad e interacción entre los servicios de Urgencias y Medicina Interna a través de una comunicación bidireccional para el abordaje de procesos que por sus características precisen una atención temprana, optimizar los ingresos y las estancias hospitalarias y reducir los costes sanitarios.