



G-013 - CIRCUITO DIAGNÓSTICO RÁPIDO. GESTIÓN de CASOS SOSPECHA EN CONSULTA

M. García-Torre R., M. Cubo R, M. Castro G^a, Y. Majo C, J. Anton S, G. García-Casasola, J. Torres M y A. Rando

Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Parla (Madrid).

Resumen

Objetivos: Gestionar el proceso diagnóstico de sospecha de patologías potencialmente graves evitando el ingreso innecesario de pacientes debido exclusivamente a demoras diagnósticas en los circuitos de consulta convencional. La principal causa de ingreso hospitalario inadecuado en Medicina es la demora en realización de estudios diagnósticos. En los últimos años aparecen formas de atención alternativas a hospitalización: hospitalización domiciliaria, unidad de corta estancia y las consultas diagnóstico rápido (CDR). Para evitar la hospitalización es preciso que el estudio ambulatorio pueda realizarse en un tiempo razonable para la sospecha diagnóstica, que no suponga un detrimento para el paciente. Por ello, es necesaria la presencia de circuitos de canalización de pruebas prioritarios que garanticen evitar la demora que se produce en la consulta convencional.

Material y métodos: Criterios selección: selección correcta de pacientes que se beneficien de este tipo de consultas, dada la limitación inherente a los recursos necesarios. Los pacientes remitidos, incluidos en el concepto de "ingreso evitable" 2 fuentes fundamentales de pacientes son el S Urgencias (80%), Atención Primaria (10-15%) y Consultas hospitalarias (5%). -detectados en urgencias en CDR serán citados solo por los facultativos responsables (Unidad Enlace) tras ser comunicados vía mail a U. Enlace posible caso. Circuito de remisión desde Atención Primaria: los pacientes detectados desde Atención primaria podrán ser derivados tras ser evaluada la prioridad por el Jefe S M Interna (Busca 413002) o mail corporativo o sistema Skype.

Resultados: Período 1jn 2017- 30 ab 2018. N: n 85. Procedencia: Urgencias: n 63,74%. Primaria n 14,16%. Centros Sociosanitarios n 6,7%. Otros: n2, 3%. Diagnósticos: T. órgano sólido: n 20: (23%) g-I: (11,07%): esófago (2), estómago (2) (1 neuroendocrino gástrico), páncreas (3), peritoneal (1), ampuloma (1), colangioca (1). Pulmón: 9,35% (8). Renales: (2,3%) 2. Recidivas tumorales: 2 (endometrio y 1 colon). T no órgano sólido: (8,16%) 7 Sd. linfopr: linfomas: (7%) 6. Mieloma múltiple: (1,16%) 1 TIA: (7%) 6 Hemorragia cerebral: 1. Otros diagnósticos: Sd dispéptico: (14,2%) 12 - Enfermedad diverticular: (5,1%) 5. Infecciosas (6) 7%: tuberculosis pulmonares 2+ 1 proceso linfogranulomatoso no tbcvih 1, enfermedad parvovirus 1. C. ulcerosa, brote grave: 1-E.celiaca del adulto: 1-Hipertirodismo: 1. Efectos 2º de medicación o efectos terapias previas: 3. Miscelánea: quiste mucinoso cola pancreático grande, aplastamiento osteoporótico, pleuritis crónica, quiste renal complicado, angiodisplasia colon. Media de pruebas realizadas: 3,2 (1 analítica y 2,2 pruebas imagen/endoscopia/intervencionismo menor).

Discusión: La Consulta de Diagnóstico Rápido no es una consulta preferente para agilizar la demora en consulta; se reserva para casos seleccionados por dos criterios. Primero, la sospecha clínica de patología potencialmente grave que requiera un diagnóstico con una demora breve. Por otra parte, la existencia de demora diagnóstica en la realización de las pruebas pertinentes para el caso siguiendo los circuitos convencionales. Por ello, es posible que al generarse nuevos circuitos en el Hospital una patología deje de estar incluida en el catálogo de CDR.