



G-041 - LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN (CAR) EN MEDICINA INTERNA COMO MODELO PRINCIPAL DE GESTIÓN DEL PACIENTE SIN NECESIDAD DE CUIDADOS. ANÁLISIS DE 8 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Almodóvar, J. Rascón, E. Esteban, J. Serra, L. Pallarés, J. Orfila, J. Forteza-Rey

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears).

Resumen

Objetivos: 1. Analizar la evolución de una CAR en un hospital de tercer nivel. 2. Determinar el perfil de pacientes evaluados. 3. Valorar el impacto de una CAR en la reducción de ingresos.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de la CAR de Medicina Interna del Hospital Universitario Son Espases durante un periodo de 8 años (2007-2015, excepto 2011 por no disponer de datos). La CAR dispone de dos módulos semanales, cada uno con capacidad para 4 primeras visitas (PV) y 5 visitas sucesivas (VS). La CAR se crea para gestionar problemas clínicos de pacientes derivados desde el Servicio de Urgencias, que no precisan de cuidados hospitalarios, pero que requieren de una valoración en corto periodo de tiempo. En primera visita se determinan los problemas clínicos y se resuelven en la misma visita, o bien se cita en consulta sucesiva para valorar resultados y/o evolución y determinar la actitud a seguir. Se analizan: 1. Actividad asistencial. 2. Ratio de primeras visitas respecto a sucesivas. 3. Estimación de ingresos evitados. 4. Perfil del paciente.

Resultados: Durante este periodo se han registrado un total de 2.133 primeras visitas (PV), con una media de 266,6/año y de 22,2/mes, y 1.917 visitas sucesivas (VS), con media de 239,6/año y 19,9/mes. La media mensual de pacientes gestionados fue de 42,1, con un ratio medio PV/VS 1,3 (0,6-2,1), siendo al inicio de 1/2,1 con evolución a 1/1 en los dos últimos años, con una demora media fue de 5,518 días (1-9). La CAR fue resolutoria en primera visita en el 38% de los casos, en el 45% en un segundo control, y sólo el 17% requirió dos o más controles sucesivos. Los motivos más frecuentes fueron: orientación diagnóstica 832 (39%), asegurar evolución clínica 746 (34,9%), control alteración laboratorio 256 (12%) y ajuste tratamiento 170 (7,9%). Se calcula que 949 (44,5%) de los casos hubieran ingresado de no tener acceso a una CAR desde el área de Urgencias, lo que supone una media de 118 ingresos/año evitados.

Discusión: El modelo clásico de consulta de Medicina Interna monográfica especializada, o de seguimiento de patología crónica, no es resolutoria para la gestión de problemas surgidos en el área de urgencias en pacientes que por su necesidad de cuidados no requieren ingreso, pero con incertidumbre diagnóstica, patología compleja o necesidad de uso de tecnología hospitalaria en un tiempo razonable de tiempo, que de otra manera serían ingresados para estudio. La CAR supone un abordaje por problemas centrado en el paciente, que permite optimizar los recursos evitando interconsultas y exploraciones innecesarias.

Conclusiones: La CAR de MI es un recurso válido para Urgencias y evita ingresos innecesarios. La CAR de MI gestiona de manera eficiente los problemas médicos generados en Urgencias. La CAR de MI maneja mayormente incertidumbre en el diagnóstico y/o en evolución clínica.