

medicinagenera^l._{mg}

Diciembre 2007 Nº 102 - Segunda época

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA GENERAL

SEMG SOLIDARIA

V Congreso Iberoamericano de Medicina General y de Familia

OPINA Dr. Lorenzo J. Llaquet. Expresidente de la SERL

Protección de datos y medicina privada

SALUD PÚBLICA Dr. Jordi Roig y Dra. Rosana Hernando

Repercusión del humo del tabaco en la salud (II)

A FONDO

Dengue y leptospirosis

GENERAL Y MÉDICO

Ensayos de emigración

ERRORES MÉDICOS

Noticia de lo cotidiano

LA OTRA CARA DEL DEPORTE

Deporte en frío:

cómo conservar el calor del cuerpo

- **ORIGINALES** • ¿Cómo influye el trabajo en la salud de la población inmigrante? Resultados de un estudio cualitativo • El papel del médico de familia en las unidades de hospitalización polivalentes. Hospitales de alta resolución • **CASO CLÍNICO**
- Aneurisma inestable de aorta torácica

EDITORIAL ALTERNATIVA

El papel del médico de familia en las unidades de hospitalización polivalentes. Hospitales de alta resolución

Martínez Cabezas S¹, Vargas Ortega DA¹, Berenguer Martínez P², Díaz Castellanos MA²,
Llave Gamero F¹, Cárdenas Cruz A²

Grupo de Trabajo de Atención a Patología Urgente-Emergente. Sociedad Andaluza de Medicina General

¹Unidad de Hospitalización Polivalente. Hospital de Alta Resolución El Toyo

²Área Integrada de Gestión Cuidados Críticos y Urgencias. Unidad de Urgencias

Empresa Pública Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)

EL HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN EL TOYO. ALMERÍA

El Toyo (Almería) es el primero de los centros que compondrán la Red de Hospitales de Alta Resolución que la Consejería de Salud tiene previsto poner en marcha en nuestra Comunidad durante la presente legislatura. Con estas nuevas instalaciones, Almería se sitúa como referente del modelo de atención sanitaria del futuro, en el que la alta resolución, las consultas por acto único y los más avanzados medios diagnósticos y tecnológicos se aúnan para ofrecer una asistencia sanitaria de calidad, innovadora y eficiente.

El Hospital de Alta Resolución de El Toyo ha sido diseñado para atender las necesidades actuales y futuras de Almería. Inicialmente, atenderá a una población de referencia de 50.000 habitantes residentes en la zona periférica de la capital almeriense y en los municipios de Níjar y Carboneras. No obstante, la Urbanización de El Toyo constituye hoy por hoy la zona de expansión demográfica de la capital almeriense y se prevé que en 2009 residan en la zona 20.000 habitantes más.

El modelo de Hospital de Alta Resolución que está impulsando la Consejería de Salud representa una nueva forma de gestión sanitaria para acercar la atención especializada a los ciudadanos y resolver sus principales problemas sanitarios en una única consulta. Es decir, que, siempre que sea posible, el paciente sea visto por el especialista, se le realicen las pruebas

diagnósticas que requiera y se vaya con una propuesta de tratamiento, todo en el mismo día, para evitar desplazamientos innecesarios y duplicidad de pruebas.

Para ello este hospital incorpora innovaciones de tipo organizativo y funcional junto a modernos desarrollos tecnológicos y arquitectónicos, que suponen una importante mejora en la calidad de la atención sanitaria de los ciudadanos. Asimismo, la elevada capacidad resolutoria de este hospital contribuirá a consolidar las garantías de plazos máximos de respuesta establecidas en Andalucía para consultas externas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas.

El Hospital de El Toyo se alza sobre una superficie útil de 6.900 metros cuadrados y cuenta con área de urgencias, consultas externas, área diagnóstica, área quirúrgica, área de hospitalización polivalente, hospital de día, área de rehabilitación, atención primaria, área de educación sanitaria y bucodental, laboratorio, farmacia y zonas de administración y apoyo.

Su cartera de servicios abarca las siguientes especialidades: Anestesia y Reanimación, Aparato Digestivo, Cardiología, Cirugía General, Dermatología, Medicina Interna, Neumología, Ginecología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Radiodiagnóstico, Rehabilitación, Traumatología y Cirugía Ortopédica, Urología, Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias y laboratorios.

La Consejería de Salud ha invertido más de 15 millones de euros en construir y equipar unas instalaciones modernas e innovadoras, diseñadas arquitectónicamente para dar respuesta a necesidades de ciudadanos

y profesionales a fin de hacer un edificio accesible, luminoso, cómodo y respetuoso con el entorno.

Por primera vez, se integra en un único edificio la atención primaria (AP) y la especializada, lo que contribuirá a facilitar la continuidad asistencial del paciente y mejorará la coordinación y la comunicación entre los profesionales de ambos niveles, siguiendo la estrategia de gestión por procesos desarrollada por la administración sanitaria andaluza. En concreto, el centro hospitalario cuenta con 39 consultas entre AP y especializada, 22 habitaciones de uso individual -con capacidad máxima para 44 camas-, 10 puestos en hospital de día quirúrgico, seis quirófanos, un gimnasio para rehabilitación y cinco salas de diagnóstico con telemando para estudios digestivos, Rayos X, Ecografía, Mamógrafo y Tomografía Axial Computerizada (TAC), entre otros servicios. Además, el hospital dispone de una amplia zona de aparcamientos (6.372 metros cuadrados) y un helipuerto (3.797 metros cuadrados).

El Hospital de Alta Resolución de El Toyo supone también un importante motor de desarrollo económico y laboral en la provincia, ya que la plantilla del centro supera los 200 profesionales entre personal sanitario, no sanitario y de servicios, cifra a la que hay que añadir los puestos indirectos que se generen.

Esta amplia dotación profesional y tecnológica contribuirá a poner en marcha una potente actividad quirúrgica a través de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) -la que no requiere ingreso hospitalario-, superior a las 8.000 intervenciones anuales. Igualmente, se prevé que el Hospital atienda al año 41.300 consultas externas, 25.000 urgencias y 1.500 estancias en la unidad de hospitalización. Con esta actividad, el Hospital de Alta Resolución de El Toyo contribuirá a descargar la presión asistencial del Hospital Torrecárdenas.

El uso de las nuevas tecnologías adquiere una relevancia especial en El Hospital de El Toyo y le confiere un valor añadido. Algunos ejemplos de ello son el servicio de telemedicina, el sistema de radiología digital, la red Wi-Fi en todo el centro para permitir el uso de Tablets-PC a pie de cama, la teletraducción simultánea por telefonía móvil, la informatización del laboratorio o la gestión *on-line* de los servicios de farmacia y logística.

LOS HOSPITALES DE ALTA RESOLUCIÓN Y LA ATENCIÓN PRIMARIA

La Red de Hospitales de Alta Resolución que se ha puesto en marcha, y que alcanzará en los próximos años su pleno desarrollo, emerge en el escenario de la sanidad pública andaluza para tender un puente entre la AP y especializada, de forma que se aproxime esta última a los ciudadanos y se dé una respuesta rápida y eficaz a los problemas de salud más prevalentes; todo ello con una decidida orientación al usuario y una firme apuesta por la continuidad y la calidad asistencial.

Se trata pues de un concepto organizativo nuevo, donde se potencia la cooperación y continuidad entre AP y especializada así como la organización funcional por procesos asistenciales. Esto conlleva la primera novedad importante, al incorporar en el mismo espacio del hospital recursos de AP de la población en que el centro se ubica.

La actividad del centro en lo relativo a la asistencia especializada pivota en tres ejes: la consulta en el modelo de acto único, la cirugía ambulatoria y el desarrollo de modelos alternativos a la hospitalización tradicional.

La organización de las consultas en el modelo de acto único supone facilitar que a un elevado porcentaje de los pacientes atendidos se les realice las pruebas diagnósticas necesarias para obtener un juicio diagnóstico y por tanto ofrecerles una propuesta de tratamiento, todo ello en el mismo día, antes de abandonar el centro. Este modelo genera satisfacción en el usuario, pero también en los profesionales, a la vez que hace el funcionamiento del centro más eficiente. Lo mismo sucede al desarrollar en el centro la cirugía ambulatoria, ya que disminuye la espera y se acerca el servicio al domicilio del usuario, lo que facilita la continuidad y el soporte que el paciente precisa una vez intervenido.

UNIDAD DE CUIDADOS POLIVALENTES/ UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN POLIVALENTE

En esta nueva configuración surge también la Unidad de Cuidados Polivalentes como un nuevo concepto

funcional. La colaboración multidisciplinaria en este espacio de confluencia asistencial y la flexibilidad organizativa que dé respuesta a las necesidades de soporte de las actividades del centro es crucial para el óptimo funcionamiento de estas áreas.

Una de las innovaciones organizativas y estructurales del modelo de alta resolución son las Unidades de Hospitalización Polivalentes. Se trata de unidades estructurales de soporte en las que confluyen pacientes de diferentes patologías, procedencias y especialidades, que requieren diferentes niveles de cuidados. Así, en el área puede haber pacientes que acaban de ser intervenidos quirúrgicamente, pacientes en régimen de hospitalización de corta estancia médica o quirúrgica e incluso pacientes en régimen de observación de urgencias encamados. Pero todos ellos tienen en común que, con el soporte que se presta en las unidades polivalentes, se podrá resolver su problema de salud en un plazo de tiempo corto, entre 24 y 72 horas. Esto determina una de las primeras cualidades de las unidades polivalentes: la agilidad, no sólo diagnóstica y terapéutica, sino también en la gestión de los espacios asistenciales y los tiempos de respuesta.

FUNCIONALIDAD DE LA UNIDAD DE URGENCIAS

Una de estas nuevas estructuras funcionales, la Unidad de Cuidados Polivalentes, engloba las Urgencias Hospitalarias con la hospitalización de corta estancia, bajo una misma área funcional, compartiendo objetivos, personal, recursos y actividades en una continuidad asistencial. Este planteamiento amplía el horizonte de las urgencias tradicionales para desarrollar cuatro niveles de atención: las emergencias vitales, las patologías que requieren hospitalización tradicional prolongada, los muy frecuentes procesos de escasa o nula gravedad, y las situaciones en las que con los cuidados apropiados el paciente puede ser dado de alta a domicilio en un plazo máximo de 72 horas, ya sea patología médica urgente o quirúrgica programada, unido a un seguimiento posterior en consulta si es preciso. Mientras los dos primeros serán trasladados a

otros grandes centros tras su atención inicial y estabilización, los dos últimos serán enteramente asumidos por el centro en este nuevo modelo funcional.

OBJETIVO GENÉRICO

Describir el papel de un facultativo especialista en Medicina de Familia en los nuevos modelos de gestión, funcionalidad en la Unidad de Urgencias y capacidad de resolución en las Unidades de Hospitalización Polivalente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Análisis de la actividad asistencial en la Unidad de Urgencias: perfil del paciente que acude a la Unidad de Urgencias, prioridad de patologías, derivación a otros centros hospitalarios.
- Análisis de la actividad en la Unidad de Hospitalización Polivalente: perfil del paciente que requiere ingreso, estancia media hospitalaria, derivación a otros centros.
- Análisis de la cartera de servicios del médico general y de Familia en la Unidad de Hospitalización Polivalente.
- Comparación con datos generales de actividad asistencial de la Unidad de Hospitalización Polivalente.

PACIENTES Y MÉTODOS

Es un estudio descriptivo transversal, elaborado a partir de la actividad asistencial de un médico general y de familia en la Unidad de Urgencias y Hospitalización Polivalente.

El estudio se llevó a cabo desde septiembre de 2006 hasta marzo de 2007.

El ámbito de estudio se limitó a la Unidad de Hospitalización Polivalente del Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería, Empresa Pública Hospital de Poniente.

Se incluyó a 1.750 pacientes, valorados por un facultativo especialista de Área de la Unidad de Hospitalización Polivalente, tanto en Unidad de Urgencias como en Unidad de Ingreso Corto hospitalario.

Para atender a los objetivos de este trabajo se llevó a cabo un análisis estadístico con las observaciones disponibles (medidas de tendencia central, análisis de la varianza, Chi-Cuadrado, Test exacto de Fisher).

Para el conjunto de los individuos se llevó a cabo un análisis descriptivo para todas las variables; para cada variable se obtuvo su tabla de frecuencias y en los casos en que fue posible se usaron medidas clásicas de resumen, como media, mediana, cuartiles, rango y desviación típica.

La comparación entre los diferentes grupos de antigüedad de la hipertensión, la edad y el sexo del paciente, se llevó a cabo de una doble manera dependiendo de la variable que estuviéramos comparando. Si esta era cuantitativa se empleó análisis de la varianza de una vía, de manera que si daba significativo, se llevaban a cabo las comparaciones por parejas según la metodología de Bonferrini. Si la variable era cualitativa se obtuvo la tabla de contingencia oportuna y se empleó para ver la asociación entre caracteres el estadístico Chi-cuadrado; cuando éste no se pudo emplear, la generalización del test exacto de Fisher para tablas de contingencia y se procedió a la partición de la tabla cuando daba un valor significativo.

En todos los casos los tests se dieron como significativos con un error del 5%. La información recogida se procesó con el programa DBASE IV. Para el tratamiento estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS v. 10.1.

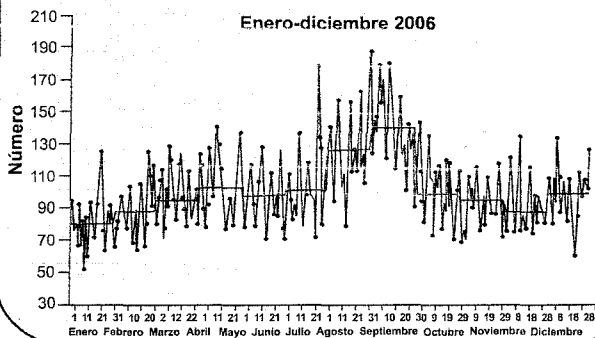
El método bibliográfico utilizado se ha apoyado en los sistemas de búsqueda actuales: Medline publicaciones comprendidas en el periodo 1995-2007.

RESULTADOS

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS

NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN UNA GUARDIA DE 24 HORAS POR UN FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA	
Nº de pacientes	
MEDIA	56
MODA	51
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	11,65
INTERVALO	(45-82)

NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE URGENCIAS: DATOS GLOBALES



Total Urgencias (*)	3.073	36.872
Urgencias / día	101	

FILIACIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE URGENCIAS: DATOS GLOBALES

Según Domicilio Acreditado	
Domiciliados en el Área	67,5%
Domiciliados fuera del Área	32,4%
No acredita domicilio	0,1%
Según Sexo	
Mujeres	46,7%
Hombres	53,3%
	0
Según Edad	
< 14	22,5%
15-64	68,4%
> 65	9,1%
Media	32,29
Según Día de la Semana	
Lunes	14,7%
Martes	13,2%
Miércoles	12,7%
Jueves	12,7%
Viernes	13,3%
Sábado	15,9%
Domingo	17,5%
Según Tramo Horario	
8:00 h - 14:00 h	31,3%
14:00 h - 22:00 h	53,2%
22:00 h - 8:00 h	15,5%
Según Procedencia	
Iniciativa Propia	98,2%
Urgencias Extrahospital	0,7%
EBAP	0,7%
EPES-061	0,3%
Otros	0,1%

FILIACIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA GUARDIA DE 24 HORAS POR UN FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA

Según Domicilio Acreditado	
Domiciliados fuera del Área	39,6%
Según Edad	
< 14	30,6%
Según Día de la Semana	
Sábado	42,7%
Domingo	57,3%
Según Tramo Horario	
22:00 h - 8:00 h	15,5%
Según Procedencia	
Iniciativa Propia	99,1%

Significación estadística en la comparación entre grupos: p<005

PRIORIDAD DE LA PATOLOGÍA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR UN FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA

- Prioridad 1. Resucitación (P1)
Situaciones que amenazan la vida o existe riesgo inminente de deterioro que requerirán de una atención inmediata.

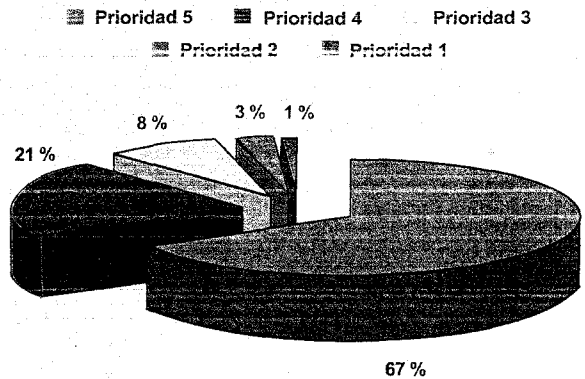
- Prioridad 2. Emergencia (P2)
Situación en la que existe una posible amenaza vital o de las funciones vitales, que requiere de una intervención rápida que no puede sobrepasar de 15 minutos de espera.

- Prioridad 3. Urgencia (P3)
Situación en que puede existir un riesgo potencial de evolucionar el problema a una situación emergente. El tiempo de espera será inferior a 30 minutos.

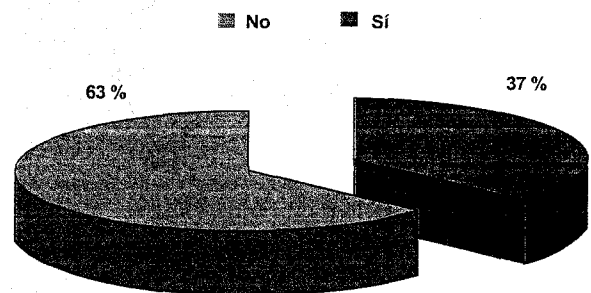
- Prioridad 4. Urgencias menores o semi-urgencias (P4)
Situaciones de menor urgencia, sin riesgo vital para el paciente, pero en las que puede haber un deterioro por la edad u otro motivo añadido. Se deben atender antes de 60 minutos.

- Prioridad 5. Situaciones no urgentes (P5)
Situaciones que no requieren una atención urgente, en las cuales no existen datos de posible deterioro. La atención puede demorarse hasta 2 horas.

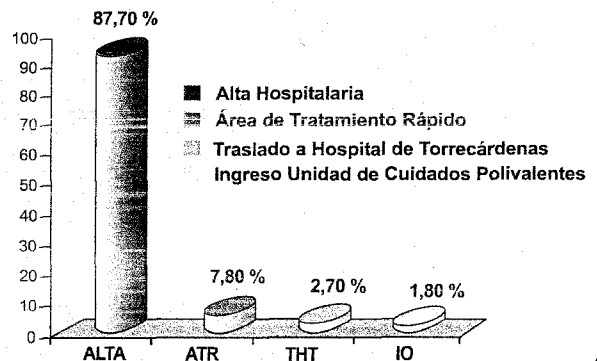
PRIORIDAD DE PATOLOGÍA



NECESIDAD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DURANTE EL ACTO MÉDICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR UN FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA



DESTINO DEL PACIENTE TRAS EL ACTO MÉDICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR UN FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA



**DESTINO DEL PACIENTE TRAS
EL ACTO MÉDICO: DATOS GLOBALES**

2006	Media	Total	Porcentaje
Pacientes en Observación	43	514	1,3%
Pacientes en sillones	268	3.220	8,7%
Traslados	127	1.519	4,1%

**TRASLADOS A HOSPITAL DE REFERENCIA
TRAS EL ACTO MÉDICO: DATOS GLOBALES**

Año 2006	
Pacientes atendidos en Urgencias	36.872
Traslados	1.519
% Traslados sobre total urgencias atendidas	4,1%
Causas de traslado:	
Patología fuera de cartera servicio	91,0%
Necesidad de prueba de imagen	2,5%
Revisión no demorable	3,0%
Potencialmente evitable	3,5%
Destino:	
Observación de Urgencias	1.434 (94,4%)
Hospitalización Torrecárdenas	51 (3,4%)
Hospitalización Cruz Roja	11 (0,7%)
Hospitalización concertada	16 (1,0%)
Exitus	5 (0,3%)
Alta voluntaria	2 (0,1%)

**TRASLADOS A HOSPITAL DE REFERENCIA
TRAS EL ACTO MÉDICO POR PARTE DE
UN FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA**

Periodo de Estudio: 9-2006 a 3-2007	
Pacientes atendidos en Urgencias	1.750
Traslados	47
% Traslados sobre total urgencias atendidas	2,7%
Causas de traslado:	
Patología fuera de cartera servicio	93,0%
Necesidad de prueba de imagen	2,5%
Revisión no demorable	3,0%
Potencialmente evitable	1,5%
Destino:	
Observación de Urgencias	47 (100%)
Hospitalización Torrecárdenas	0 (0%)
Hospitalización Cruz Roja	0 (0%)
Hospitalización concertada	0 (0%)
Exitus	0 (0%)
Alta voluntaria	0 (0%)

**UNIDADES A DONDE VAN DIRIGIDOS LOS
TRASLADOS TRAS ACTO MÉDICO POR PARTE
DE FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA**

Especialidad	Nº pacientes total: 47
Traumatología	16 (36%)
Pediatría	9 (19%)
Cirugía general	8 (19%)
Medicina Interna	8 (19%)
Otorrinolaringología	3 (7%)
Ginecología	3 (6%)
Digestivo	0 (0%)
Dermatología	0 (0%)
Urología	0 (0%)
Cardiología	0 (0%)
Neumología	0 (0%)
Rehabilitación	0 (0%)

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA ACTIVIDAD EN
LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN POLIVALENTE**
**PACIENTES INGRESADOS EN CORTA
ESTANCIA DATOS GLOBALES**

2006	Media	Total	Porcentaje
Pacientes ingresados corta estancia		199	0,5%
Estancias en corta estancia	5,6	1.117	

**PACIENTES INGRESADOS EN CORTA ESTANCIA
TRAS ACTO MÉDICO POR PARTE DE
FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA**

2006	Media	Total	Porcentaje
Pacientes ingresados en Hospitalización Polivalente		14	0,9%
Estancias en Hospitalización Polivalente	5,6	29	1,8%
Traslados desde Hospitalización Polivalente		1	0,06%

**DATOS DE RESOLUCIÓN EN UNIDAD
DE HOSPITALIZACIÓN POLIVALENTE POR PARTE
DE UN FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA**

97,4%



DATOS GLOBALES DE RESOLUCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POLIVALENTES

% Resolución (en centro)*	95,9%
% Resolución exclusiva Cuidados Polivalentes**	91,7%

*Excluye traslados / **Excluye traslados e interconsultas

PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES, CAUSAS DE INGRESO EN OBSERVACIÓN Y HOSPITALIZACIÓN POLIVALENTE

Fibrilación auricular	7,8%
Síndrome coronario agudo sin elevación del ST	6,7%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	6,4%
Insuficiencia cardiaca	5,6%
Gastroenteritis	5,6%
Neumonía de la comunidad	5,3%
Infección respiratoria no condensante	5,2%
Síndrome emético	3,7%
Dolor abdominal inespecífico	3,7%
Dolor torácico	3,2%
Angor estable	3,1%
Hipertensión arterial	2,5%
Síncope	2,2%
Traumatismo (no TCE)	2,2%
Vértigo	2,1%
Asma	2,1%
Pielonefritis	2,1%
ACV	2,0%
Alteraciones glucemia (hipo-hiperglucemia)	2,0%
Infección tracto urinario	2,0%

TÉCNICAS REALIZADAS POR FACULTATIVOS ESPECIALISTAS DE ÁREA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN POLIVALENTE

- Sedación programada de endoscopia digestiva alta y baja: 14
- Cardioversión eléctrica programada: 7
- Punción lumbar: 3
- Paracentesis evacuadora: 4
- Toracocentesis diagnóstica: 1
- COMPLICACIONES: 0%

DISCUSIÓN

La innovación en la atención se plasma en una concepción interdisciplinaria en la que los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria tienen un papel determinante, trabajan con anesestesiólogos, cirujanos, internistas, enfermeras... en la resolución del proceso asistencial que ha determinado la estancia en el área polivalente. En este sentido la flexibilidad organizativa del modelo de área polivalente facilita no sólo la participación y el intercambio de conocimiento sino también la polivalencia en las funciones y la cooperación y el consenso profesional.

A su vez, la garantía del modelo requiere de una exquisita cooperación con los hospitales de referencia y con los Distritos de Atención Primaria de su ámbito de influencia. Sólo de esta forma podemos asegurar un abordaje integral de los procesos asistenciales y el mejor nivel de continuidad en la atención sanitaria, que son el eje de nuestro compromiso con los ciudadanos. Para ello esta nueva experiencia debe estar sustentada en una apropiada formación continua de profesionales sanitarios, un sistema ágil de explotación de información y un consenso de actuaciones y actividades riguroso, basado en la ciencia mejor demostrada disponible.

Podemos desterrar ciertas opiniones o grupos de influencia que consideran al médico general y de familia como un especialista de segunda. Estos datos nos demuestran que un profesional preparado, formado, con un espacio funcional adecuado a su actividad asistencial y dotado de accesibilidad a pruebas diagnósticas presenta una capacidad de resolución y compromiso con una asistencia de calidad fuera de toda duda.

Respecto a la descripción y perfil del paciente que acude a nuestra Unidad de Urgencias, compartimos datos muy similares con los estudios más representativos de Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH). Los usuarios con patología banal representan un alto porcentaje y tenemos datos no despreciables de uso indebido de recursos (25-35%), que compartimos con los estudios más recientes. Sin duda, la situación de los SUH es motivo de preocupación

tanto para la comunidad sanitaria como para la población general, debido al incremento creciente en los últimos años, que además parece realizarse a expensas de los casos no urgentes o resolubles en AP. Este tipo de visitas no urgentes se sitúa en torno a la tercera o cuarta parte del total de visitas a Urgencias; además, este uso inadecuado viene creciendo en torno a 5% anual. Esto conlleva una serie de consecuencias que merece la pena pararse a describir:

- Las personas que utilizan los SUH para situaciones no urgentes pueden estar haciendo un uso sustitutivo de estos servicios con respecto a la AP, lo que tiene importantes implicaciones en la calidad asistencial, como pérdida de continuidad asistencial, del seguimiento de los tratamientos y fallos en la prestación de servicios preventivos y de promoción de la salud.

- La atención del paciente no urgente puede producir demoras en la atención de pacientes que sufren situaciones de riesgo vital; se ha señalado una relación inversa entre presión asistencial y calidad de servicios de urgencias.

- Largos tiempos de esperas.
- Fugas de pacientes que optan por marcharse sin que se les atienda.
- Episodios de violencia.
- Aumento de errores y omisiones graves.
- Realización de medicina defensiva.
- Frustración de los profesionales sanitarios.

- El aumento desmesurado de la demanda en urgencias tiene consecuencias negativas para el conjunto del hospital en forma de falta de espacio físico, sobrecarga de los servicios de laboratorio y radiología y de los profesionales del hospital, alargamiento de la lista de espera de los ingresos programados y pérdida de productividad por las dificultades para programar el trabajo, de forma que todo el hospital queda afectado por la situación de urgencias. La atención de situaciones no urgentes en los SUH parece llevar asociado un aumento de costes asistenciales y en consecuencia costes de oportunidad y pérdida de bienestar para la sociedad en su conjunto. Ya que

incluso los pacientes catalogados como banales o inadecuados reciben pruebas complementarias con elevada frecuencia.

Nos llama la atención especialmente el bajo porcentaje de pacientes mayores de 65 años que acuden a nuestra Unidad, comparado con el de otros estudios. La atención sanitaria de las personas mayores en los SUH ha experimentado en los últimos años un notable aumento. Un 25-30% de los pacientes atendidos en ellos tienen más de 65 años; para ellos la proporción de ingresos oscila entre 27 y 43%, muy superior en relación con los adultos más jóvenes.

El proceso asistencial en los SUH de los mayores tiene características diferenciales respecto al resto de la población. En primer lugar, en este grupo de pacientes es frecuente la pluripatología por la progresiva conjunción de enfermedades a lo largo de la vida, a las que se añade el deterioro físico y mental propio de la edad avanzada¹. Además, el diagnóstico en estos pacientes presenta problemas añadidos como consecuencia de una frecuente manifestación atípica de la enfermedad o por las dificultades en la obtención de datos de interés clínico mediante la anamnesis, sobre todo cuando acuden solos a los SUH. Por otro lado, debido a la mayor morbi-mortalidad de muchos de los problemas de salud que padecen, requieren mayor consumo de recursos sanitarios que en ocasiones se traduce en largas estancias en estos servicios. Por tanto, estas particularidades de la asistencia al mayor en los SUH pueden comprometer la calidad de la misma que se presta en ellos. En el momento de emprender el presente trabajo se comprueba una notable ausencia en la bibliografía médica y sanitaria de investigaciones dirigidas a estudiar la calidad asistencial de los mayores en un SUH.

Es algo descrito ya en la literatura científica que el perfil de médico de urgencias se ajusta especialmente al médico general y de familia. Según recoge el Plan Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria "el médico de familia es y debe ser la puerta de entrada al sistema sanitario



dada su alta capacidad de resolución y de gestionar los recursos, así como el flujo de usuarios que acceden al sistema sanitario. Esta labor se desarrolla desde la consulta de AP, desde los dispositivos de urgencias extrahospitalarios y desde las urgencias hospitalarias”.

La capacidad de resolución es la posibilidad de resolver directamente los problemas de salud de los pacientes, bien por su resolución propiamente dicha, bien por su contención, bien por su apoyo para sobrellevarlos. En España la capacidad de resolución del médico general y de familia está en el 87-93% en función de condicionantes diversos, como presión asistencial, accesibilidad a pruebas diagnósticas... Los datos que recoge nuestro estudio nos muestran una capacidad de resolución superior al 95%.

Todavía no hay estudios de garantía sobre Unidades de Hospitalización Polivalente y la idoneidad del médico general y de familia para la gestión de los recursos de la misma; sin embargo, vistos y analizados los resultados de este trabajo, reúne las condiciones idóneas por su perfil profesional y cartera de servicios para desarrollar un papel fundamental en estos nuevos modelos de gestión asistencial que son las Unidades de Hospitalización Polivalente.

CONCLUSIONES

1. El perfil del paciente que acude a las Unidades de Hospitalización Polivalente no se diferencia del usuario de otras Unidades de Urgencias. Destacamos el alto porcentaje de patología banal que se puede resolver en consultas de AP y el creciente uso inadecuado de los Servicios de Urgencias Hospitalarios.

2. Destacamos la capacidad de resolución y gestión de recursos así como de flujos de usuarios al sistema sanitario por parte del médico general y de familia. La capacitación profesional y la formación continuada tienen aquí un papel primordial.

3. El perfil del médico general y de familia se adecua perfectamente al funcionamiento de las Unidades de Hospitalización Polivalente. Demuestra que con espacios funcionales adecuados, accesibilidad a pruebas diagnósticas, facilidad en el intercambio de conocimiento, se cumplen los objetivos expresados en eficiencia, eficacia y satisfacción del usuario y del profesional.

4. Las Unidades de Hospitalización Polivalente son un nuevo modelo de gestión de la asistencia que asegura un abordaje integral de los procesos asistenciales y el mejor nivel de continuidad en la atención sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Memoria de Actividad Asistencial Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería. Empresa Pública Hospital de Poniente Almería.
2. INTER-SAS. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2006.
3. Plan Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.
4. Núñez S, Morales Sanz R, Ojeda E. Perfil clínico-asistencial e impacto en los servicios de urgencias, pacientes mayores de 65 años. Anales del Sistema Sanitario

de Navarra. 2006.

5. Guerrero García F, Alonso Morales F. Medicina de Familia y atención en Urgencias. Medicina de Familia vol 5, nº 2, Junio 2004.
6. Gervas J. Seminario de innovación 2006. La capacidad de resolución y respuesta del médico de familia en Atención Primaria y resto de servicios.
7. Gómez A, Villar Arias M, Ramalles-Gomara M. Uso inadecuado de los servicios de urgencias hospitalarios. Atención Primaria vol 4, nº 3. 2001.