

Análisis de los ingresos procedentes de una Unidad de Diagnóstico Rápido en un hospital de segundo nivel

Analysis of hospitalization from a quick diagnosis unit in a second-level hospital

Jose I. Martín-Serradilla¹ , Silvia Franco-Hidalgo¹ ,
Jeisson-Andrey Toro-Santibáñez² , Mónica Bru-Arca² ,
Fernando Sánchez-Barranco² 

Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACYL)

1. Unidad de Diagnóstico Rápido, Servicio de Medicina Interna

2. Servicio de Medicina Interna

Corresponding author

Jose I. Martín-Serradilla

E-mail: jmartinse@saludcastillayleon.com

Received: 31 - III - 2023

Accepted: 24 - IV - 2023

doi: 10.3306/AJHS.2023.38.05.96

Resumen

Objetivo: Definir las características de los pacientes en evaluación activa en una Unidad de Diagnóstico Rápido (UDR) que son ingresados en planta, sus diferencias con el resto de pacientes que continúan de forma ambulatoria hasta completarse el proceso diagnóstico, e intentar establecer factores predictores de ingreso.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes atendidos en la UDR de Palencia entre 2008 y 2020, centrado en los que requirieron ingreso hospitalario durante el cual se completó el proceso diagnóstico.

Resultados: De 9090 pacientes, 393 (4.3%) ingresaron; de éstos, el 34.4% lo hizo desde la UDR y el 65.6% desde urgencias. Los ingresos decrecieron con el tiempo. El 18.1% falleció. Ingresaron más los varones (61.3%), los derivados desde Atención Primaria (57.3%) y aquellos con diagnóstico final de neoplasia (47.1%; sólo el 17.1% en los no ingresados). Las principales causas de ingreso fueron: dolor (16.8%), disnea (14%), realización de pruebas (13%) y alteraciones analíticas graves (10.7%). Únicamente 214 pacientes (54.4%) ingresados no necesitaron oxigenoterapia, cirugía, UVI ni fallecieron.

Conclusiones: Aunque mayoritariamente son procedentes, la tasa de hospitalizaciones evitables puede reducirse reescribiendo los criterios de derivación para adecuarlos a las necesidades de cada hospital, fortaleciendo canales de comunicación con urgencias y atención primaria, implicando a otros servicios en la reducción de demoras excesivas en las pruebas diagnósticas, creando hospitales de día asociados, y atendiendo más estrechamente a los varones de edad avanzada con pérdida de peso, astenia o ictericia, y paliando de forma intensiva algunos síntomas para poder mantener el estudio ambulatorio.

Palabras clave: Unidad de diagnóstico rápido, ingreso evitable, alternativa a ingreso hospitalario.

Abstract

Objective: To define the characteristics of patients under active evaluation in a Quick Diagnostic Unit (QDU) who are admitted to the hospital, their differences with the rest of the patients who continue as outpatients until the diagnostic process is completed, and to try to establish predictors of admission.

Methods: Retrospective study of patients seen in the QDU of Palencia between 2008 and 2020, focusing on those who required hospital admission during which the diagnostic process was completed.

Results: Out of 9090 patients, 393 (4.3%) were admitted; of these, 34.4% were admitted from the QDU and 65.6% from the Emergency Department. Admissions decreased over time. 18.1% died. Admission was more frequent in males (61.3%), those referred from Primary Care (57.3%) and those with a final diagnosis of neoplasia (47.1%; only 17.1% in those not admitted). The main causes of admission were: pain (16.8%), dyspnea (14%), tests (13%) and serious analytical alterations (10.7%). Only 214 patients (54.4%) admitted did not require oxygen therapy, surgery, ICU or death.

Conclusions: Although the majority of these hospitalizations are appropriate, the rate of avoidable hospitalizations can be reduced by rewriting referral criteria to suit the needs of each hospital, strengthening communication channels with Emergency Department and Primary Care, involving other services in reducing excessive delays in diagnostic tests, creating associated day centers, and attending more closely to elderly men with weight loss, asthenia or jaundice, and intensively palliating some symptoms in order to maintain the outpatient study.

Keywords: Quick diagnosis unit; Avoidable hospital admission; Hospital admission alternative.

Introducción

En los años 90 del pasado siglo en varios países europeos se evidenció una alarmante carencia de camas de hospitalización para pacientes agudos, en gran medida causada por una necesaria limitación en los recursos económicos destinados a financiar los sistemas sanitarios públicos. Esto llevó a la búsqueda de diversas alternativas a la hospitalización convencional, entre las que se incluyeron los hospitales de día, las unidades de corta estancia, la hospitalización a domicilio y las unidades de diagnóstico rápido (UDR)¹. Las bases para el desarrollo de las UDR se establecieron en el Queen Elisabeth Hospital, de Birmingham (Reino Unido), donde se definió el concepto "Quick and early diagnosis"².

Varios hospitales en Cataluña tomaron el relevo muy poco después, creando las primeras UDR a cargo de un servicio de Medicina Interna (MI)³⁻⁵. El modelo, aunque ha sido adaptado a cada centro en el que se ha implantado, se fundamenta en unas premisas comunes: unos criterios pre-definidos de derivación, la posibilidad física y socio-familiar para que el proceso sea ambulatorio, la aceptación del paciente y su familia, inmediatez entre la derivación y la primera visita a la UDR, el acceso preferente a las pruebas diagnósticas complementarias, y la restricción de la atención a los pacientes con sospecha de enfermedad severa⁶. El objetivo de las UDR es el de lograr el diagnóstico de estos pacientes en el menor tiempo posible, contribuyendo en gran medida a un menor impacto emocional, a una reducción en la iatrogenia propia de la hospitalización, y a un mayor acercamiento entre atención primaria y especializada⁷. Además, contribuye a liberar camas de hospitalización de agudos, con costes por proceso muy inferiores a los de la hospitalización, y manteniendo un grado de satisfacción muy elevado en el paciente; de hecho, la mayoría de los usuarios de una UDR, en caso de precisar otro proceso diagnóstico, elegirían este sistema antes que el ingreso^{3,5,8}.

En noviembre de 2008 se instituyó la UDR del Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA). Desde su inicio ha atendido a más de 9000 pacientes. Sin embargo, no en todos los casos el comienzo del estudio en la UDR ha conseguido evitar la hospitalización antes de completarse. Esta observación se constata de forma similar en todas las series publicadas^{3,4,9}. Aunque estos ingresos suponen un teórico fracaso en el propósito primordial de las UDR, su análisis puede aportar conocimiento para optimizar el funcionamiento de las mismas. El objetivo fundamental de nuestro estudio es el de definir las características de los pacientes en evaluación activa en la UDR del CAUPA que son ingresados en planta (PI), sus diferencias con el resto de pacientes que continúan de forma ambulatoria hasta completarse el proceso diagnóstico (PA), e intentar establecer factores predictores de ingreso. El análisis de

los ingresos potencialmente evitables y de los obligados por una inadecuada derivación a la UDR, nos permitirá proponer un plan de mejora redefiniendo los criterios de derivación, y adecuando los canales de comunicación al servicio de urgencias hospitalarias y a los centros de salud de Atención Primaria.

Material y métodos

Estudio

Estudio retrospectivo de los pacientes atendidos en la UDR del CAUPA desde el inicio de su funcionamiento en noviembre de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2020, centrado en los que requirieron ingreso hospitalario durante el cual se completó el proceso diagnóstico. El CAUPA, con 495 camas, atiende a la totalidad de la población de la provincia de Palencia, de unos 160.000 habitantes en el año 2020, y la UDR está habilitada para todos los mayores de 13 años. Los datos se obtuvieron a partir de la base de datos que se cumplimenta prospectivamente, en la que se registran características demográficas y clínicas de todos los pacientes estudiados. En los casos necesarios, se rellenaron los datos incompletos a partir de las historias clínicas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Área de Salud de Palencia, y respeta la legislación vigente para estudios observacionales.

Variables

Para cada paciente se registraron de forma prospectiva las siguientes variables: edad, sexo, origen de la derivación, vía de petición (telefónica, correo electrónico, verbal, fax), motivo de consulta, fecha de la 1ª consulta, intervalo hasta la 1ª consulta, intervalo diagnóstico, diagnósticos principal y secundarios, adecuación a la unidad, destino final y necesidad de ingreso durante el proceso diagnóstico. Se consideró intervalo hasta la 1ª consulta el existente desde la comunicación a la UDR de la solicitud de cita por parte del servicio peticionario hasta que ésta tuvo lugar (en días naturales). Se consideró intervalo diagnóstico el existente entre la 1ª consulta y la obtención del diagnóstico definitivo y la indicación de la conducta a seguir (alta en la Unidad y seguimiento por el médico de atención primaria, citación en la consulta de la especialidad correspondiente, ingreso hospitalario, etc)¹⁰. Se consideró una derivación adecuada si ésta se ceñía a uno de los criterios de derivación previamente definidos, el paciente estaba en condiciones físicas, psicológicas y de apoyo socio-familiar para poder realizar un estudio ambulatorio, y la gravedad del estado del paciente ni obligaba a su hospitalización inmediata, ni era lo suficientemente leve como para permitir un estudio por medio de otros recursos convencionales.

Además, en los PI se registraron las siguientes variables: localidad de residencia, institucionalización previa a la 1ª cita en la UDR, consultas previas en Psiquiatría, cifras

de hemoglobina, de filtrado glomerular y de proteína C reactiva en la 1ª visita en la UDR, fecha de ingreso y de alta en el hospital, procedencia del ingreso (urgencias/UDR), servicio de ingreso y de alta, causa principal del ingreso, necesidad de oxigenoterapia, de cirugía y de cuidados intensivos durante el ingreso, fallecimiento en el ingreso y Grupo Relacionado por el Diagnóstico (GRD) al alta hospitalaria.

No se consideró ingreso la estancia de menos de 12 horas en un hospital de día o similar para la realización de determinadas pruebas intervencionistas.

Análisis estadístico

Para comparar variables categóricas se empleó el test Chi-cuadrado o el test exacto de Fisher en caso necesario, y los resultados se expresaron en frecuencias absolutas (%). Para las variables cuantitativas se calcularon la media y desviación standard (DE), o bien la mediana y percentiles 25% y 75% (RIC) si no cumplían la asunción de normalidad según la prueba de Kolmogorov-Smirnov; y la comparación de medias se realizó mediante la T de Student para muestras independientes en caso de distribución normal, o mediante la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney en caso de distribución no normal. Se estableció un nivel de significación estadística de $p=0.05$. Así mismo, se empleó el coeficiente de correlación de Spearman para estudiar la asociación entre dos variables cuantitativas no paramétricas. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS 22.0.0.0

Resultados

Fueron atendidos 9090 pacientes, de los que 393 (4.3%) debieron ingresar antes de completar el estudio, ocasionando un total de 5275 días de estancia

hospitalaria [mediana por paciente 10 (6-17) días]. De ellos, 388 (98.7%) ingresaron en el CAUPA y 5 (1.3%) en otras provincias. La **figura 1** recoge la evolución anual de los ingresos. Del total de hospitalizaciones, 220 (56%) se realizaron en el servicio de MI, 68 (17.3%) en Digestivo, 33 (8.4%) en Neumología, 22 (5.6%) en Cirugía general, 16 (4.1%) en Neurología y los 34 (8.6%) restantes en otros servicios.

En la **tabla I** se detallan las diferencias entre los PA y los PI. Los principales motivos de derivación a la UDR en ambos grupos (ambulatorio / ingresado) fueron: afectación intensa del estado general (20.6% / 36.1%), anemia (10.4% / 7.9%), abdominalgia (8% / 7.1%), adenopatías persistentes (7.6% / 1.3%), ictericia e hipertransaminasemia (5.2% / 6.9%) y fiebre prolongada sin foco (5% / 4.8%). Dentro del grupo PA, los tumores más frecuentemente diagnosticados fueron los de colon (21.3% de todas las neoplasias de este grupo), los de riñón y vías urinarias (15.3%), los hematológicos (12.8%), los de pulmón (11.4%), los de esófago y estómago (8.5%) y los de páncreas (6.9).

Figura 1: Evolución anual de los pacientes atendidos en la UDR y de los ingresos procedentes de la misma.

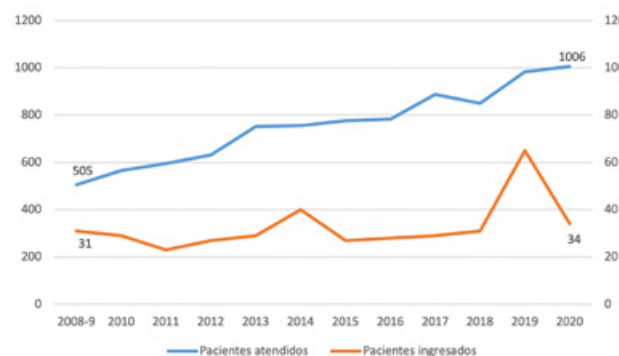


Tabla I

	PA	PI	p
Pacientes	8697 (95.7%)	393 (4.3%)	
Edad (años) ^a	64 (48-77)	74 (63-82)	<0.05
Sexo:			<0.05
H	4266 (49.1%)	241 (61.3%)	
M	4431 (50.9%)	152 (38.7%)	
Origen de derivación:			<0.05
Atención Primaria	4622 (53.1%)	226 (57.5%)	
Atención Especializada	2053 (23.6%)	56 (14.2%)	
Urgencias	1967 (22.6%)	109 (27.7%)	
Otros	55 (0.6%)	2 (0.5%)	
Vía petición:			<0.05
Teléfono	5655 (65%)	274 (69.7%)	
Correo electrónico	1182 (13.6%)	70 (17.8%)	
Interconsulta escrita	932 (10.7%)	27 (6.9%)	
Verbal	928 (10.7%)	22 (5.6%)	
Demora 1ª visita (días) ^a	1 (1-3)	1 (1-3)	0.13
Demora diagnóstica (días) ^a	14 (6-27)	11 (5-20)	<0.05
Correcta adecuación en la derivación	6686 (76.9%)	332 (84.5%)	<0.05
Neoplasia	1487 (17.1%)	185 (47.1%)	<0.05

^aMediana (RIC). PA: Pacientes que continuaron el estudio de forma ambulatoria hasta el final. PI: Pacientes que debieron ingresar antes de finalizar el estudio.

Tabla II

	Total PI	Ingresos desde UDR	Ingresos desde urgencias	p
Nº de pacientes	393	135 (34.4%)	258 (65.6%)	
Edad (años) ^a	74 (63-82)	73 (60-81)	76 (65-82)	0.53
Sexo				0.96
H	241 (61.3%)	83 (61.5%)	158 (61.2%)	
M	152 (38.7%)	52 (38.5%)	100 (38.8%)	
Demora 1ª visita ^a	1 (1-3)	1 (1-2)	1 (1-3)	0.57
Origen de la 1ª consulta:				0.63
Atención Primaria	226 (57.5%)	72 (53.3%)	154 (59.7%)	
Urgencias	109 (27.7%)	40 (29.6%)	69 (26.7%)	
Atención Especializada	56 (14.2%)	22 (16.3%)	34 (13.2%)	
Otros	2 (0.5)	1 (0.7%)	1 (0.4%)	
Vía de petición de la consulta:				0.78
Teléfono	274 (69.7%)	91 (67.4%)	183 (70.9%)	
Correo electrónico	70 (17.8%)	24 (17.8%)	46 (17.8%)	
Consulta escrita	27 (6.9%)	11 (8.1%)	16 (6.2%)	
Verbal	22 (5.6%)	9 (6.7%)	13 (5%)	
Correcta adecuación en la derivación	332 (84.5%)	102 (76.3%)	229 (88.8%)	<0.05
Demora diagnóstica ^a	11 (5-20)	8 (3-18)	13 (6-21)	<0.05
Días entre la 1ª visita y el ingreso ^a	6 (2-13.5)	4 (0-12)	7 (3.75-14)	<0.05
Días de ingreso ^a	10 (6-17)	11 (7-17)	10 (5-17)	0.33
Neoplasia	185 (47.1%)	62 (45.9%)	123 (47.7%)	0.74
O ₂ durante el ingreso ^b	118 (30%)	31 (23%)	87 (33.7%)	0.05
Cirugía durante el ingreso	62 (15.8%)	22 (16.3%)	40 (15.5%)	0.83
UCI durante el ingreso ^c	24 (6.1%)	3 (2.2%)	21 (8.1%)	0.05
Exitus durante el ingreso	71 (18.1%)	10 (7.4%)	61 (23.6%)	0.05
Tipo de población:				0.25
Rural	141 (35.9%)	54 (40%)	87 (33.7%)	
Semiurbana	87 (22.1%)	24 (17.8%)	63 (24.4%)	
Urbana	165 (42%)	57 (42.2%)	108 (41.9%)	
Distancia domicilio-hospital ^{a,d}	12 (0-50)	14 (0-50)	11 (0-50)	0.74
Institucionalizado al ingreso	34 (8.7%)	9 (6.7%)	25 (9.7%)	0.31
Consulta previa en psiquiatría	55 (14%)	20 (14.8%)	35 (13.6%)	0.73
Hemoglobina 1ª visita ^{a,e}	13.1 (11.2-14.5)	13.1 (11.1-14.5)	13.1 (11.2-14.3)	0.82
Filtrado glomerular 1ª visita ^{a,f}	60 (53-86)	65 (55-90)	60 (51-83.7)	0.11
PCR 1ª visita ^{a,g}	53 (5-128)	61.5 (7-130)	47 (4-126)	0.88
La causa de ingreso existía en la 1ª visita	246 (62.6%)	117 (86.7%)	129 (50%)	<0.05

PI: Pacientes que debieron ingresar antes de finalizar el estudio. ^aMediana (RIC). ^b2 valores perdidos. ^c1 valor perdido. ^dEn kilómetros. ^eEn gramos/decilitro. ^fEn mililitro/minuto /1,73m². ^gProteína C Reactiva; en miligramos/litro.

Tabla III

	Total PI	Ingresos desde UDR	Ingresos desde urgencias	La causa existía en la 1ª visita	Mortalidad
Dolor	66 (16.8%)	15 (11.1%)	51 (19.8%)	80.3%	13.6%
Disnea	55 (14%)	14 (10.4%)	41 (15.9%)	43.6%	25.5%
Realización de pruebas	51 (13%)	47 (34.8%)	4 (1.6%)		3.9%
AAPM ^a	42 (10.7%)	21 (15.6%)	21 (8.1%)	59.5%	26.2%
Fiebre	38 (9.7%)	7 (5.2%)	31 (12%)	52.6%	7.9%
Cansancio	32 (8.1%)	11 (8.1%)	21 (8.1%)	93.8%	34.4%
Vómitos o disfagia	25 (6.4%)	3 (2.2%)	22 (8.5%)	64%	20%
Diarrea	13 (3.3%)	4 (3%)	9 (3.5%)	76.9%	15.4%
Otros	71 (18.1%)	13 (9.6%)	58 (22.5%)		

PI: Pacientes que debieron ingresar antes de finalizar el estudio. ^aAlteraciones analíticas potencialmente mortales.

Sin embargo, dentro del grupo PI los más frecuentes fueron los de pulmón (18.3%), los de esófago y estómago (13.5%), los hematológicos (12.9%), los de colon (10.8%), los de riñón y vías urinarias (10.2%) y las carcinomatosis de origen desconocido (10.2%).

La **tabla II** describe las características fundamentales de los pacientes que debieron ingresar y las diferencias observadas entre los pacientes ingresados por indicación de la UDR y los ingresados desde Urgencias o desde otras especialidades. En la **tabla III** se cuantifican los

motivos de ingreso. De los hospitalizados cuya causa de ingreso ya estaba presente en la primera visita, el 13% (32 pacientes) fallecieron, frente al 26.5% (39 pacientes) entre aquellos cuya causa de ingreso apareció con posterioridad. La mortalidad también fue mayor en varones respecto a mujeres (19.9% / 15.1%), aunque en este caso las diferencias no fueron estadísticamente significativas. La edad de los fallecidos fue de 80 (72-84) años, y la de los supervivientes de 72.5 (60.7-81) años ($p < 0.05$). Cabe destacar que únicamente 214 pacientes (54.4%) ingresados no necesitaron oxigenoterapia, cirugía, UVI ni fallecieron.

La mediana desde la 1ª visita hasta el ingreso fue de 6 (2-13.5) días, aunque esta cifra fue de sólo 3 (0-9) días en los casos de inadecuación en la derivación, y de 5 (1-11) días en los casos en los que la causa del ingreso ya estaba presente en la 1ª visita; sin embargo, ascendió a 10 (5.75-25) en caso de pacientes institucionalizados. La mediana de días de ingreso fue de 10 (6-17), llegando hasta los 18 (9.75-28.25) días en los casos de necesidad de cirugía. No se demostró correlación significativa entre los días desde la 1ª visita hasta el ingreso por una parte y el tiempo de ingreso ($r = 0.037$), la distancia desde la población de residencia del paciente y el hospital ($r = 0.121$) ni la edad ($r = 0.035$) por otra. Tampoco entre la estancia hospitalaria por una parte y la edad ($r = 0.024$) ni la distancia desde la residencia al hospital ($r = 0.038$) por otra.

Entre los motivos de derivación de los pacientes de ambos subgrupos (ingresados desde la UDR / desde Urgencias), los más frecuentes fueron la afectación importante del estado general (36.3% de los ingresos en este grupo / 36%), la anemia (5.9% / 8.9%), la abdominalgia (5.9% / 7.8%), y la ictericia e hipertransaminasemia (5.2% / 7.8%). Desde la UDR los pacientes ingresaron más frecuentemente en MI (60.7%), Neumología (14.1%) y Digestivo (9.6%); y desde urgencias, en MI (53.5%), Digestivo (21.3%) y Cirugía general (7.8%). Además, destacamos que en el grupo de pacientes ingresados directamente desde la UDR el 63.7% no precisaron oxigenoterapia, cirugía, cuidados intensivos ni fallecieron; este porcentaje descendió al 49.6% en el grupo de pacientes ingresados desde urgencias.

Discusión

Uno de los problemas que dificultan la comparación de la actividad entre las diferentes UDR es la ausencia de una concepción estandarizada de la variable "ingreso". En algunos estudios se cuantifican los ingresos únicamente como las hospitalizaciones tras la finalización del proceso diagnóstico, mientras que otros se limitan a considerar los ocasionados en un servicio determinado, por una patología concreta o en un grupo seleccionado de pacientes; y habitualmente no se registra la causa ni origen del ingreso^{3,4,9}. Teniendo en cuenta la finalidad

de la UDR, hemos considerado como ingreso aquel que sustituye a la misma, es decir, el que tiene lugar antes de que termine el proceso diagnóstico ambulatorio, y durante el cual se completa este.

Si bien el porcentaje de ingresos es similar al descrito por otras UDR, a lo largo de los años hemos evidenciado una reducción en el mismo. Este hecho ya había sido constatado con anterioridad, y se explica esencialmente por el cambio en la concepción de la función de la hospitalización^{9,11}. La existencia de este recurso permite evitar los ingresos para adelantar o realizar pruebas, lo que había considerado como la principal causa de una hospitalización inadecuada¹²⁻¹⁴. Sin embargo, el cambio en la tendencia suele ser gradual, y precisa de una confianza progresiva en esta alternativa ambulatoria por parte de usuarios y facultativos de los distintos niveles asistenciales. Nuestra experiencia demuestra que con el tiempo incluso se consigue revertir la predisposición a la hospitalización para el diagnóstico de pacientes con pobre calidad de vida, y de los ancianos con incapacidad funcional o con comorbilidades severas, dos grupos poblacionales en los que el estudio ambulatorio se limitaba notablemente. Tampoco la distancia desde el domicilio hasta el centro hospitalario ha obstaculizado la atención de los pacientes en la UDR. La especial geografía del área de salud de Palencia, con localidades separadas más de 120 kilómetros del CAUPA, nunca ha sido impedimento para el desplazamiento de los usuarios.

Comprobamos en nuestro estudio una mayor probabilidad de ingreso entre los pacientes derivados por alteración del estado general, hecho también señalado por otros autores⁹. Síntomas o signos más precisos, a excepción de la ictericia e hipertransaminasemia, habitualmente permiten el estudio ambulatorio. También ingresan más los pacientes de mayor edad, varones, derivados desde Atención Primaria y urgencias y aquellos con diagnóstico final de neoplasia, sobre todo de pulmón y aparato digestivo superior, probablemente porque sus síntomas evolucionan más rápidamente y limitan más la calidad de vida. Uno de los escasos trabajos que han analizado los factores asociados al ingreso en los pacientes procedentes de la UDR acreditó entre los mismos la edad avanzada, un alto índice de comorbilidad y el hecho de ser soltero y vivir sólo¹⁵. Este exhaustivo trabajo, aunque circunscrito a los pacientes con anemia, pretende ayudar en la selección y orientar desde el inicio hacia un estudio ambulatorio u hospitalizado, y propone que el conocimiento de los factores asociados al ingreso podría ayudar a definir más precisamente la sistematización y manejo de estos pacientes en urgencias.

Queremos destacar dos evidencias referentes al origen de las derivaciones. Las realizadas a la UDR desde Atención Especializada, que habitualmente requieren comunicación verbal directa y una aceptación previa, conllevan un bajo riesgo de ingreso. Sin embargo, un

gran porcentaje de pacientes ingresados desde la UDR habían sido remitidos a la misma desde Urgencias; en estos casos las citas se aceptan de forma automática tras el envío de un correo electrónico, y en ellas se comprueba una elevada tasa de incorrecta adecuación a la UDR, y de presencia de la causa de ingreso ya en la primera visita, por lo que deben ingresar precozmente. En nuestra opinión, la comunicación previa puede evitar riesgos para el paciente, demoras diagnósticas y estancias duplicadas en los servicios de urgencias.

Por otra parte, los ingresos para la realización de pruebas fueron más frecuentes desde la UDR que desde urgencias, aunque con una tendencia descendente a lo largo de los años, durante los cuales se habilitaron opciones alternativas como un hospital de día para estancias breves tras la ejecución de biopsias profundas o para realizar paracetesis, toracocentesis o punciones lumbares, por ejemplo.

Otro dato reseñable que diferencia los ingresos desde la UDR y desde urgencias es que en estos últimos la necesidad de estancia en UCI y de oxigenoterapia, y la mortalidad, fueron mayores, así como el porcentaje de ingresos por causas no presentes en la 1ª consulta. Estos datos confirman observaciones previas que afirman que muchos pacientes en estudio en la UDR se inestabilizan durante el mismo y finalmente son hospitalizados¹¹. No debemos olvidar que la UDR es una alternativa a la hospitalización convencional, y no una consulta tradicional. De hecho, la mortalidad global de los ingresos procedentes de la UDR es muy superior a la del resto de pacientes hospitalizados en el servicio de MI del CAUPA.

Por tanto, queremos concluir que en nuestra experiencia la UDR evita una gran cantidad de ingresos, y aquellos

que finalmente se realizan no pueden considerarse como fracasos de la unidad. Aunque mayoritariamente son procedentes, la tasa de hospitalizaciones evitables puede reducirse aún más con la implementación de varias medidas. Por una parte, reescribiendo los criterios de derivación para adecuarlos a las necesidades particulares de cada hospital, y fortaleciendo los canales de comunicación con los servicios de urgencias y con atención primaria, evitando así derivaciones inadecuadas que ocasionan ingresos directos desde la UDR. Por otra, implicando a otros servicios e incluso a la dirección del centro en la búsqueda de soluciones para las demoras excesivas en la realización de pruebas diagnósticas, que aumentan el riesgo de inestabilizaciones e ingresos desde urgencias. Además, proveyendo de mecanismos como los hospitales de día asociados, para evitar estancias hospitalarias para la realización de técnicas diagnósticas. Y finalmente, atendiendo más estrechamente a los varones de edad avanzada con pérdida de peso, astenia o ictericia, y paliando de forma intensiva el dolor o la anemia para poder mantener el estudio ambulatorio.

Consideraciones éticas

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Área de Salud de Palencia.

Fuentes de financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno

Agradecimientos

A Dña Ana J. Polvorosa Mies

A Dña M. Inés Adámez Adámez

Bibliografía

1. Rodríguez Cerrillo M. Alternativas a la hospitalización convencional en la época de la limitación de costes. [Alternatives to conventional hospitalization in a cost-containment era]. *Med Clin (Barc)* 2014; 143(9):404-7. doi: 10.1016/j.medcli.2014.02.019
2. Kendall MJ, Toescu V, Wallace DMA. QED: quick and early diagnosis. *Lancet* 1996;348:528-9. doi: 10.1016/S0140-6736(96)03483-6
3. Capell S, Comas P, Piella T, Rigau J, Pruna X, Martínez F, et al. Unidad de diagnóstico rápido: un modelo asistencial eficaz y eficiente. Experiencia de 5 años [Quick and early diagnostic outpatient unit: an effective and efficient assistential model. Five years experience]. *Med Clin (Barc)* 2004;123(7):247-50. doi: 10.1016/s0025-7753(04)74478-4
4. Rubio-Rivas M, Vidaller A, Pujol i Fariols R, Mast R. Unidad de Diagnóstico Rápido en un hospital de tercer nivel. Estudio descriptivo del primer año y medio de funcionamiento [Rapid diagnosis unit in a third level hospital. Descriptive study of the first year and a half]. *Rev Clin Esp* 2008;208(11):561-3. doi: 10.1016/s0014-2565(08)76034-x
5. Bosch X, Foix A, Jordán A, Coca A, López-Soto A. Outpatient Quick Diagnosis Units for the evaluation of suspected severe diseases: an observational, descriptive study. *Clinics (Sao Paulo)* 2011;66(5):737-41. doi: 10.1590/s1807-59322011000500005
6. Bosch X, Aibar J, Capell S, Coca A, López-Soto A. Quick diagnosis units: a potentially useful alternative to conventional hospitalisation. *Med J Aust* 2009;191:496-8. doi: 10.5694/j.1326-5377.2009.tb02912.x
7. Tomé Cachot J, Gallardo Sánchez C, Perona Pagán M, Puig Ponsico G. Impacto de una unidad de diagnóstico rápido en atención primaria [Impact of a rapid diagnostic unit in primary care]. *Aten Primaria* 2011 Feb;43(2):105-6. doi: 10.1016/j.aprim.2010.01.023. Epub 2010 Apr 24. PMID: 20417583
8. Brito-Zerón P, Nicolás-Ocejo D, Jordán A, Retamozo S, López-Soto A, Bosch X. Diagnosing unexplained fever: Can quick diagnosis units replace inpatient hospitalization? *Eur J Clin Invest* 2014;44(8):707-18. doi: 10.1111/eci.12287
9. Bosch X, Ladino A, Moreno-Lozano P, Jordán A, López-Soto A. Trends in Hospitalization of Patients with Potentially Serious Diseases Evaluated at a Quick Diagnosis Clinic. *Diagnostics (Basel)* 2020;10(8):585. doi: 10.3390/diagnostics10080585
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informes, Estudios e Investigación 2016 [documento en Internet]. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016. Estrategias y acciones destacables. Comunidad Autónoma de Castilla y León. Impulso de Unidades de Diagnóstico Rápido:13-4 [fecha de publicación 2016; fecha de consulta 4 de octubre 2020] Disponible en: https://www.msobs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Castilla_y_Leon.pdf.
11. Bosch X, Jordán A, López-Soto A. Quick diagnosis units: avoiding referrals from primary care to the ED and hospitalizations. *Am J Emerg Med* 2013;31(1):114-23. doi: 10.1016/j.ajem.2012.06.013. Epub 2012 Sep 11. PMID: 22980360
12. Zambrana García JL, Delgado Fernández M, Cruz Caparrós G, Diez García F, Martín Escalante MD, Salas Coronas J. Factores asociados a ingresos inadecuados en un servicio de medicina interna. [Factors associated with inappropriate admissions in an internal medicine service]. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 652-654. PMID: 11412663
13. San Román Terán CM, Guil García M, Fernández Sepúlveda S, Lorca Gómez J. Ingresos y estancias inadecuadas en medicina interna [Inappropriate admissions and stays in internal medicine]. *Med Clin (Barc)* 2002;118:157. doi: 10.1016/s0025-7753(02)72314-2
14. Ollero Baturone M. Adecuación y utilidad del ingreso hospitalario [Suitability and usefulness of hospital admissions]. *Med Clin (Barc)* 2001;116(17):655-7. PMID: 11412664
15. Bosch X, Monclús E, Inciarte A, Moreno P, Jordán A, López-Soto A. Factors associated with hospitalization among emergency department patients referred for quick investigation of iron-deficiency anemia. *J Emerg Med* 2016;50 (3):394-402. doi: 10.1016/j.jemermed.2015.08.010