

Unidades de diagnóstico rápido: de la oportunidad a la necesidad

José Antonio Díaz Peromingo

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Los costes sanitarios, en particular aquellos asociados a la hospitalización de los pacientes, suponen una parte muy importante del presupuesto de los Sistemas Públicos de Salud, entre ellos el español. Debido al constante aumento en los requerimientos de hospitalización, y teniendo en cuenta que la oferta de la misma es limitada, se hace necesario identificar y corregir aquellos ingresos hospitalarios que puedan ser inapropiados o innecesarios. En este sentido, las Unidades de Diagnóstico Rápido (UDRs) suponen una alternativa eficiente a la hospitalización convencional, especialmente en pacientes con requerimientos diagnósticos, y redundan en un ahorro de costes para el sistema¹.

La mejoría en el uso de los recursos, en particular en lo relativo a los recursos de hospitalización de pacientes, ha ganado especial atención en los últimos años. En este sentido se ha comunicado una indicación inapropiada de las hospitalizaciones en el Reino Unido del 20% aproximadamente, en USA del 25% y en España del 16%².

Se ha hecho necesario, el desarrollo de distintas alternativas a la hospitalización convencional en busca de una mayor eficiencia, sin perder calidad asociada. Modelos como el Hospital de Día, las Unidades de Corta Estancia, la Hospitalización a Domicilio o la Cirugía Mayor Ambulatoria se han potenciado en los últimos años en el entorno hospitalario.

El uso de las primeras UDRs se remonta a 1996, en el Queen Elisabeth Hospital en Birmingham, Reino Unido. En estas Unidades se evaluaba a los pacientes en base a su diagnóstico de presunción; así, por ejemplo, las masas mamarias las valoraban los ginecólogos o las hematurias los urólogos³. La primera UDR española se estableció en septiembre de 1996 en el Hospital General de Granollers, siendo llevada por Internistas desde un principio, lo cual es el planteamiento actual de la mayoría de las UDRs del país. Sin embargo, no fue hasta los años 2005-2006 cuando comenzó la paulatina implantación de UDRs en el resto del estado español⁴.

Los principales objetivos de las UDRs son la realización de estudios diagnósticos con celeridad

en pacientes con sospecha de procesos graves como neoplasias, evitando así la morbilidad asociada al ingreso hospitalario, disminuyendo los costes relacionados con la hospitalización, mejorando la satisfacción del paciente, reduciendo las derivaciones al Servicio de Urgencias, liberar camas hospitalarias que puedan ser usadas para otro tipo de patologías, permitiendo que los pacientes y sus cuidadores puedan continuar con sus ocupaciones habituales y conseguir una disminución de los costes sanitarios derivados.

Las UDRs, distintas de las consultas de acto único de otras especialidades, suelen estar compuestas de internistas, y de personal de enfermería que se encargaría de la realización de pruebas analíticas o EKG, por ejemplo. Actualmente también existe en ellas la posibilidad de realizar estudios ecográficos clínicos a los pacientes, tanto abdominales como venosos o cardíacos. La reciente inclusión de la ecografía clínica en las UDRs se ha demostrado muy útil a la hora de descartar o confirmar algunos diagnósticos y, sobre todo, a la hora de solicitar directamente otras pruebas de imagen como el TAC, RMN o PET en pacientes seleccionados según los resultados, contribuyendo a acortar los tiempos diagnósticos.

Los internistas a cargo de las UDRs deben ser dinámicos, abiertos a las derivaciones desde el Servicio de Urgencias o desde Atención Primaria, sobre todo, aunque también en ocasiones desde otros Servicios del Hospital. Idealmente deben ser capaces de dar una respuesta a la primera consulta en uno o dos días, así como de coordinarse con Servicios Centrales (Análisis Clínicos, Microbiología y sobre todo, Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica) y con otros especialistas para agilizar las pruebas diagnósticas pertinentes. Si bien la asistencia es fundamental en las UDRs, una parte del horario laboral ha de dedicarse a recorrer el Hospital con el fin de involucrar al resto de actores implicados, en el diagnóstico lo más rápido posible de los pacientes. Además, las UDRs suponen un excelente ejercicio diagnóstico-terapéutico para la formación de los Médicos Internos Residentes, tanto de Medi-

cina Interna (sobre todo), como de otras Especialidades como Medicina Familiar y Comunitaria, por ejemplo.

Para conseguir una mayor eficiencia, la demora entre la derivación del paciente a la UDR, tanto desde Atención Primaria como desde el Servicio de Urgencias u otro Servicio del Hospital, deben ser lo más corta posible, idealmente uno o dos días. Se debe establecer unos circuitos de "preferencia" a la hora de realizar pruebas diagnósticas complementarias. Las pruebas analíticas se pueden extraer, en su mayoría, en el propio acto de la consulta y debe existir una coordinación con servicios como los centrales mencionados y Endoscopias, para realizar estos estudios a la mayor brevedad posible. En aras de la mayor eficiencia, la derivación debería circunscribirse a pacientes con enfermedades potencialmente graves o de corta evolución que precisasen un diagnóstico rápido, dejando aquellas que impresionen de menor gravedad o mayor cronicidad, para otro tipo de consultas más generales de Medicina Interna.

Existen una serie de condicionantes que se aplican a los pacientes que pueden ser derivados a una UDR. Es necesario que los pacientes estén suficientemente bien como para desplazarse en varias ocasiones entre su domicilio y el hospital; en caso contrario, deben ser hospitalizados para realizar el diagnóstico y tratamiento más adecuados a su enfermedad. Idealmente, tanto el paciente como sus familiares deberían de estar de acuerdo con el modelo asistencial que se les propone en las UDRs. Además, los pacientes deben poder comunicarse fácilmente con las UDRs, sobre todo para indicar que ya han hecho una determinada prueba y que el médico pueda, así, estar atento al resultado de la misma y obrar en consecuencia. Varios estudios han evaluado el nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en las UDRs y han comprobado que éste es elevado^{5,6}.

Las UDRs suponen también una vía de drenaje muy útil para el Servicio de Urgencias contribuyendo a su descongestión (muchos pacientes

acuden varias veces a dicho Servicio en búsqueda de soluciones a su proceso y en ocasiones son ingresados para evitar esta situación) y también contribuyen a que el Médico de Atención Primaria pueda dar una salida rápida a aquellos pacientes que más le pueden preocupar.

En el presente número de Galicia Clínica, Martín-Serradilla et al., presentan los resultados de 9.090 pacientes atendidos en una UDR en un periodo de 12 años. Hacen hincapié en el incremento progresivo en las derivaciones, tanto provenientes del Servicio de Urgencias como desde Atención Primaria, fruto de la creciente confianza en el funcionamiento de dicha UDR. La mayoría de los pacientes se citaron por primera vez en uno o dos días y la media de intervalo entre esta cita y el diagnóstico fue de 14 días. Los autores no encontraron diferencias significativas en este aspecto con respecto a que los pacientes fueran mayores o menores de 70 años. Sólo un 4,3% de los pacientes necesitaron ingreso hospitalario para completar el proceso diagnóstico o por la existencia de deterioro clínico que lo justificase. Uno de los diagnósticos más frecuentes fue el cáncer, llegando al 25% en los pacientes mayores de 70 años atendidos en la UDR. En este estudio, los pacientes mayores de 70 años fueron, con mayor frecuencia que los más jóvenes, derivados a cuidados paliativos, ingresados en el hospital para completar estudio y fueron derivados en menor número a Atención Primaria una vez completado el proceso diagnóstico⁷.

En un metaanálisis publicado por Gupta et al., el cáncer fue también uno de los diagnósticos más frecuentes en las UDRs (18%-30%), con unos tiempos de demora en la primera consulta que varían entre los 6 y los 11 días. La mayor parte de los pacientes fueron dados de alta a otros servicios (para realización de tratamiento) o a sus Médicos de Atención primaria; sólo el 3% requirió ingreso hospitalario para completar estudio o por empeoramiento clínico. En este metaanálisis se estimó un ahorro de días de hospitalización por paciente que variaba entre los 4,5 y los 8,7 días⁵. En un estudio realizado sobre pacientes con síndrome general atendidos en una UDR de

nuestro centro, el cáncer fue el diagnóstico final en el 31% de los casos⁸.

Entre los factores predictivos del coste total de las UDRs y, por tanto, de su ahorro con respecto a la hospitalización convencional, están los referidos al motivo de derivación, mejoría en los protocolos de derivación desde Atención Primaria o desde el Servicio de Urgencias para maximizar aquellas derivaciones susceptibles de etiología grave, sobre todo oncológica, o la optimización de los estudios radiológicos a realizar⁹. Para esto último son de utilidad las sesiones conjuntas de casos clínicos en el servicio de Radiodiagnóstico encaminadas a priorizar a los pacientes con alta sospecha de enfermedad grave. Además de la utilidad de las UDRs en el diagnóstico de pacientes con cáncer, éstas se han demostrado también muy útiles en el diagnóstico de pacientes con anemia, fiebre inexplicada, pérdida de peso no intencionada, linfadenomegalias, dolor abdominal o diarrea crónica entre otras entidades nosológicas^{6,10}.

Entre las limitaciones que tienen las UDRs o “peajes a pagar” está el exceso de derivaciones que se pueden producir desde Atención Primaria o los Servicio de Urgencias, con procesos más banales, a los cuales el sistema no está dando una respuesta adecuada. Puede haber también por parte del internista, un exceso de prescripción de pruebas complementarias en un intento de acelerar lo más posible el proceso diagnóstico.

En tiempos de pandemia, las UDRs son, si cabe, más importantes que nunca. Los pacientes con potenciales enfermedades graves deben ser evaluados de forma presencial porque la exploración física sigue siendo una herramienta fundamental del diagnóstico, y es aquí donde estas unidades pueden ser de más ayuda.

Los servicios de Medicina Interna deberían promover y potenciar este tipo de Unidades porque suponen una mejora en el diagnóstico de pacientes especialmente complejos con potenciales enfermedades graves subyacentes y porque

ayudan a disminuir las hospitalizaciones y los costes derivados.

Sin duda alguna, una parte muy importante de la asistencia en los servicios de Medicina Interna está girando, y va a seguirlo haciendo, en torno a las UDRs. Su indudable eficiencia diagnóstica, la satisfacción para el paciente, sus familiares y los médicos a su cargo, su contribución a mejorar el engranaje diagnóstico del hospital, junto a la reducción de los costes sanitarios asociados, hacen de estas UDRs una oportunidad de mejora para los servicios de Medicina Interna y una necesidad como alternativa eficaz a la hospitalización convencional.

AGRADECIMIENTOS

El autor desea agradecer al Prof. Arturo González Quintela, la revisión crítica del manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bosch X, Aibar J, Capell S, Coca A, López-Soto A. Quick diagnosis units: a potentially useful alternative to conventional hospitalization. *Med J Aust.* 2009;191:496-498.
2. Campbell J. Inappropriate admissions: thoughts of patients and referring doctors. *J R Soc Med.* 2001; 94:628-631.
3. Kendall MJ, Toescu V, Wallace DM. QED: quick and early diagnosis. *Lancet.* 1996; 348:528-529.
4. 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. *Med Clin (Barc).* 2004; 123:247-250.
5. Gupta S, Sukhal S, Agarwal R, Das K. Quick diagnosis units--an effective alternative to hospitalization for diagnostic workup: a systematic review. *J Hosp Med.* 2014;9:54-59.
6. Bosch X, Jordán A, Coca A, López-Soto A. Quick diagnosis units versus hospitalization for the diagnosis of potentially severe diseases in Spain. *J Hosp Med.* 2012; 7:41-47.
7. Martín-Serradilla J I, Franco-Hidalgo S, Sánchez-Barranco F, Laherrán-Rodríguez E, Hernández-Carrero M T, Del Castillo Tirados F J, Montero Moretón Á M. Utilidad de una unidad de diagnóstico rápido en mayores de 69 años. *Galicia Clin.* 2022; 83-2: 8-12.
8. Díaz-Peromingo JA, Rodríguez M, Valcárcel M, Macía C, Alende V, Novo I, González-Quintela A. Unintentional weight loss: etiology, clinical characteristics, predicting factors of malignancy and outcomes. *IJMSHR.* 2018; 2: 79-91.
9. Montori-Palacín E, Ramon J, Compta Y, Insa M, Prieto-González S, Carrasco-Miserachs I, et al. Quick diagnosis units: predictors of time to diagnosis and costs. *Medicine (Baltimore).* 2020; 99:e21241.
10. 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; 44:707-718.