



UNIVERSITAT^{DE}
BARCELONA

Formas de asistencia alternativas a la consulta externa hospitalaria y a la hospitalización convencional

Jordi Delàs Amat



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution 4.0. Spain License.**

FORMAS DE ASISTENCIA ALTERNATIVAS
A LA CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA
Y A LA HOSPITALIZACION CONVENCIONAL

Director de la Tesis,
Doctor Miguel Angel Asenjo Sebastián.

Tesis elaborada por Jordi Delás Amat en
el Servicio de Medicina Interna del
Hospital del Sagrado Corazón-Quinta
de Salud la Alianza. Barcelona.

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA



0700389617

Otoño, 1985
Barcelona.



INDICE

	pág.
AGRADECIMIENTOS.....	5
ABREVIATURAS UTILIZADAS EN EL TEXTO.....	11
INTRODUCCION.....	14
HIPOTESIS.....	19
RESUMEN DE ANTERIORES EXPERIENCIAS.....	22
Medicina Intensiva.....	23
Hospitalización convencional.....	29
Nivel intermedio de hospitalización.....	33
Larga estancia hospitalaria.....	40
Cuidados terminales.....	46
Cuidados de las personas de edad avanzada.....	53
Servicios Externos.....	62
Unidad de Estancia Corta.....	67
Hospital del Día.....	72
Cirugía ambulatoria.....	77

	pág.
Asistencia primaria.....	81
Asistencia domiciliaria.....	92
Niveles graduados de asistencia. Resumen.....	99
MATERIAL Y METODOS.....	102
Material.....	104
Método.....	108
Criterios de adecuada indicación de Consulta Externa.....	111
Criterios de adecuada indicación de hospita- lización convencional.....	121
RESULTADOS.....	128
Consulta Externa Hospitalaria.....	133
Hospitalización Convencional.....	148
DISCUSION DE LOS RESULTADOS. CONSULTA EXTERNA HOS- PITALARIA.....	191
Visita previa en asistencia primaria frente a visita por iniciativa propia.....	193
Hospitalización convencional.....	195

Reorganización de las prestaciones asistenciales a tenor de los resultados.....	200
Ahorro por la utilización de HD y UEC.....	202
HD.....	203
UEC.....	208
Comparación HC y niveles alternativos.....	212
Consideraciones en relación al entorno.....	217
CONCLUSIONES.....	222
TABLAS.....	228
BIBLIOGRAFIA.....	236

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

Hay una serie de personas sin las cuales este trabajo no hubiera sido posible. Una de ellas, evidentemente, es el Doctor Miguel Angel Asenjo Sebastián, Director de esta Tesis.

Hace más de cuatro años, al concluir el Curso de Gestión Hospitalaria y Economía Médica que él imparte como Profesor en la Cátedra de Medicina Preventiva, le rogué, sin otra carta de presentación que ser uno de los alumnos que había seguido el curso, que dirigiera una tesis que estaba más presente en mi imaginación que plasmada en algún papel.

Recogiendo el aparato proyector de diapositivas, sin mayores requisitos ni preámbulos, aceptó.

Los iniciales esquemas poco tienen que ver con el resultado final. Han sido varios años de definir objetivos, de perfilar ideas, con el Doctor Asenjo, director de uno de los más importantes hospitales del país -el hospital Clínico y Provincial de Barcelona- y cuyos trabajos en el campo de la gestión sanitaria y calidad de la asistencia le han llevado a figurar entre los consultores de la Organización Mundial de la Salud.

En el curso de la elaboración de estas páginas, el Doctor Asenjo ha puesto especial énfasis en mantener, en todo momento, el rigor científico y estructural, a lo largo de una reiterada discusión sobre el método.

El Profesor Francisco González Fusté, con sus enseñanzas de la asignatura de Medicina Preventiva y Social, despertó mi interés por materias distintas a las puramente asistenciales.

He de agradecer también, la colaboración de un reconocido profesional de la gestión sanitaria, Francisco Martínez Borrego, profesor de Esade, cuyas palabras en un determinado momento de la redacción de esta tesis me fueron de gran utilidad.

Alfonso Buxó López de Medrano, Doctor Ingeniero Industrial, profesor de la Escuela Universitaria de Estudios Empresariales, ha desvelado para mí la magia de los números habiendo revisado la parte estadística.

Mi reconocimiento hacia el Doctor José María Puigdollers Colás, profesor Numerario de Medicina Interna de la Universidad de Barcelona es doble. Por un lado porque este trabajo se ha desarrollado íntegramente en su Servicio

de Medicina Interna del Hospital Sagrado Corazón habiendo él mismo, participado directamente.

Por otro lado, porque la preocupación por las alternativas en el ejercicio de la Medicina que se recogen en este texto provienen, en buena parte, de mi formación como internista en la escuela humanista del Servicio de Medicina Interna del Profesor Puigdollers.

Sin el Doctor Ramón Sarrias Mosso, Profesor Agregado de Microbiología y Parasitología de la Universidad de Barcelona, Jefe del Servicio de Medicina Preventiva del Instituto Policlínico y del Hospital del Sagrado Corazón, no sólo no hubiera tenido lugar este trabajo sino que, probablemente, yo no sería médico.

Ramón, buen amigo, mi primer maestro, hace ya muchos años me abrió las puertas de un hospital. Posteriormente me introdujo en el interés y respeto por la medicina preventiva y la medicina primaria.

Estos papeles son, en buena parte, resultado del trabajo de mis compañeros del Servicio de Medicina Interna. Si este texto tiene algo de meritorio, son también responsables Eudald Gri, Jorge Balcells, Josep M^a Castelltort, Jor-

di Gummá, Manolo González y Julio Ordax. Debo, asimismo agradecer la enorme, inmensa paciencia que en todo momento han demostrado las secretarias del servicio, Helena Ventura y Maite Font.

Enric Gil, Jesus Santaliestra, Josep Ma Soler, compañeros de sueño y sueños, han aportado sus opiniones y matizaciones a lo largo de tantas noches de guardia. A ellos pertenece también esta tesis.

Ma Eugenia de Andrés Mosquera, periodista, ha colaborado enormemente en las tareas de documentación. Como madre de nuestros hijos -asumiendo mayores trabajos en su cuidado mientras yo revolvía papeles- y como compañera, su aportación no ha sido menor.

Mi hijo Tono ha pintado con rotulador muchos de los originales que estaban encima de mi mesa. Mi hijo Miguel ha tecleado, en el idioma ininteligible de su año y medio de edad, cuantos papeles ha encontrado en el rodillo de mi máquina de escribir.

Son muchas más las personas que de una u otra manera, con su ilusión, interés y ánimo han hecho posible este trabajo. Mi agradecimiento intento cifrarlo en que ellas tam-

bién se sientan responsables y en el deseo de que queden satisfechas con el resultado.

ABREVIATURAS UTILIZADAS EN EL TEXTO

ABREVIATURAS UTILIZADAS EN EL TEXTO

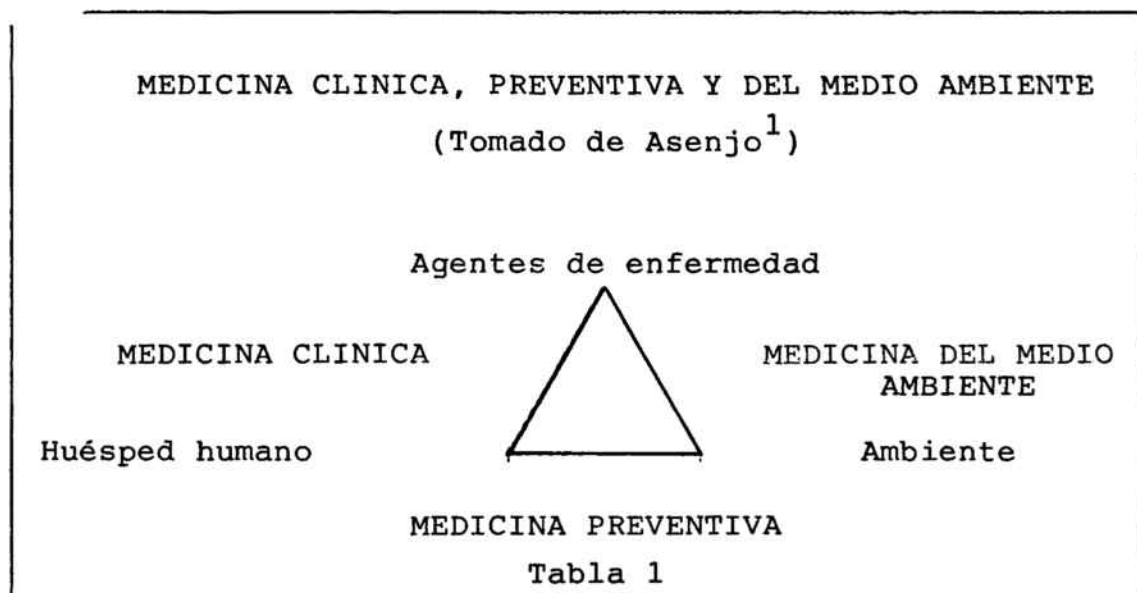
AD	:	Asistencia domiciliaria
AVC	;	Accidente Vascular Cerebral
CAP	:	Centro de Asistencia Primaria
CEH	:	Consulta Externa Hospitalaria
CIM	:	Cuidados intermedios
CSI	:	Cuidados semiintensivos
Cont	:	Continuación
Der	:	Derecho
ELA	:	Esclerosis lateral amiotrófica
Enf	:	Enfermedad
EPOC	:	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
G-D	:	Gastro-duodenal
HC	:	Hospitalización convencional
HD	:	Hospital de día
HDA	:	Hemorragia digestiva alta
HLP	:	Hiperlipoproteinemia
HTA	:	Hipertensión arterial
I	:	Insuficiencia
IAM	:	Infarto agudo de miocardio
Izq	:	Izquierdo, a
LES	:	Lupus eritematoso sistémico

N : Neoplasia
NIH : Nivel intermedio de hospitalización
PEA : Persona de edad avanzada
Pre-op: Pre-operatorio
Post-op: Post-operatorio
Rx : Rayos X
S : Síndrome
SE : Servicios externos
SMI : Servicio de Medicina Interna
TEP : Tromboembolismo pulmonar
UCI : Unidad de Cuidades Intensivos
UCIAS : Urgencias
UEC : Unidad de estancia corta
ULE : Unidad de Larga Estancia
VSG : Velocidad de Sedimentación Globular

I N T R O D U C C I O N

INTRODUCCION

En un futuro no distante cabe esperar que se dediquen mayores recursos a la prevención de la enfermedad como paso intermedio para una mayor atención del medio ambiente.^{1,2}
(Tabla 1).



Porque, si bien ha crecido de forma vertiginosa el presupuesto en materia asistencial de los pueblos desarrollados, no puede decirse otro tanto del nivel de salud de la población.³

En sanidad, donde el mayor contingente de fondos se

destina a tareas asistenciales, es importante el análisis de estos gastos cuya contención va a beneficiar -dentro del reparto presupuestario- la atención a cuestiones preventivas y ecológicas que probablemente sí podrán elevar el nivel de la salud de la población.

Diferentes circunstancias han originado que la mayoría de los recursos se hallen, dentro de las tareas asistenciales, dirigidos a los niveles más sofisticados.

El hospital, de centro del sistema de salud, ha pasado a considerarse un elemento más ^{4,5,6,7} con sus indicaciones y contraindicaciones, surgiendo, por añadidura, un creciente interés por el control de sus costes.⁸ Pero este cambio de mentalidad se ha dado más de forma teórica que práctica.

Presiones de los organismos oficiales y de la empresa sanitaria han promovido el control de costes y el desarrollo de alternativas a las formas clásicas de asistencia. Pero la tradicional educación médica -que cuestiona los conocimientos de los maestros, pero no la manera de aplicarlos- junto a los conflictos para la financiación de las nuevas fórmulas, han originado un entorno resistente al cambio.

Hay que replantear los criterios de utilización de las instituciones sanitarias. Tanto por el elevado coste como por los peligros -infecciones hospitalarias¹⁰, episodios yatrógenos^{11,12}- que toda intervención terapéutica entraña.

El profesional sanitario debe asumir, como una tarea más, la evaluación de los medios diagnósticos y terapéuticos con los que cuenta.¹³ De entre ellos, la elección de la forma de asistencia, en el desarrollo, incluso, de un derecho del enfermo. Que no se prescindiera de ningún elemento necesario para su correcta atención, pero que tampoco sea sometido a una intensidad de asistencia que no requiere.

Para ello, hacen falta alternativas. Adecuada asistencia primaria y gradación de cuidados en el hospital,^{1,14,15} tal. Ordenados en el sentido de que el mejor hospital es aquel -utópico- vacío, que ha generado la suficiente información y prevención para que la población sea correctamente atendida en el medio extrahospitalario.

La mejor Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), la también vacía, al haber exportado, a otras formas de asistencia, tecnología e información necesaria para que sus cuidados intensivos no sean precisos.

Hoy por hoy, la Asistencia Primaria es alternativa válida para muchos de los casos que se tratan en la Consulta Externa de los hospitales. Quizás no la Asistencia Primaria que aquí y ahora tenemos, pero sí como ámbito a recuperar 16,21 en el que se entienden y solucionan el 90% de todas las consultas médicas.²²

Una buena parte de los casos dirigidos a la Hospitalización Convencional (HC), podían ser atendidos en niveles de menor intensidad de acción.

Estos planteamientos se defienden bajo estructura de tesis doctoral,²³ con la denominación de "formas de asistencia alternativas a la Consulta Externa Hospitalaria y a la Hospitalización Convencional". (Tabla 2).

ENUNCIADO DE LA TESIS

FORMAS ALTERNATIVAS DE ASISTENCIA A LA CONSULTA EXTERNA
HOSPITALARIA Y A LA HOSPITALIZACION CONVENCIONAL

Tabla 2

HIPOTESIS

HIPOTESIS

Hoy por hoy, la Asistencia Primaria es la alternativa a una Consulta Externa Hospitalaria (CEH) hipertrofiada, en tanto que el Hospital de Día (HD), CEH y unidad de Estancia Corta (UEC), son niveles alternativos válidos a una Hospitalización Convencional (HC), que engloba una excesiva y heterogénea gama de procesos.

NIVELES ALTERNATIVOS A CEH Y HC	
nivel estudiado	niveles alternativos
Consulta Externa Hospitalaria	Asistencia primaria Unidad Estancia Corta
Hospitalización Convencional	Hospital de Día Consulta Externa Hospitalaria

Tabla 3

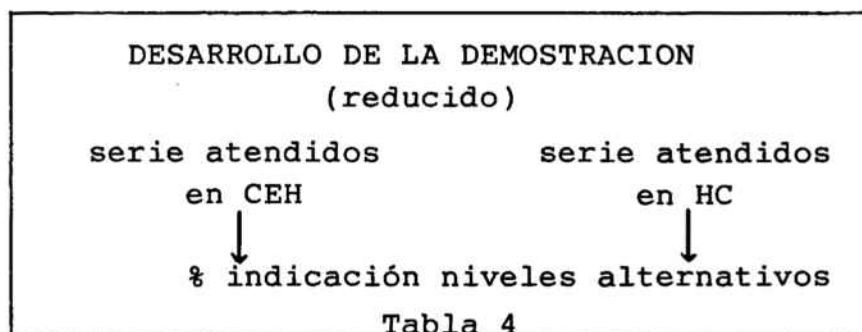
Al planteamiento de la hipótesis se llega, fácilmente, a través de la observación. A diario, en los diversos centros asistenciales es posible advertir como un elevado número de casos se dirige a niveles inadecuados.

A menudo por iniciativa propia -como muestra la creciente demanda de servicios de urgencia-24-28 y en tal caso se hace referencia a una insuficiente educación sanitaria de la población.

Pero aludir únicamente a la mala utilización por parte de los usuarios enmascara el escaso desarrollo de los niveles alternativos.

Un considerable porcentaje de atendidos en HC podría ser atendido en régimen de no internamiento (HD y UEC) o de más breve estancia (UEC). Y un elevado porcentaje de atendidos en CEH ser correctamente controlados en el seno de la Asistencia Primaria.

Para la demostración de estos aspectos se ha realizado un trabajo de campo. Se han revisado una serie formada por ingresados en HC y otra de atendidos en CEH. El objetivo, analizar qué porcentaje podría haber sido dirigido a niveles alternativos (Tabla 4).



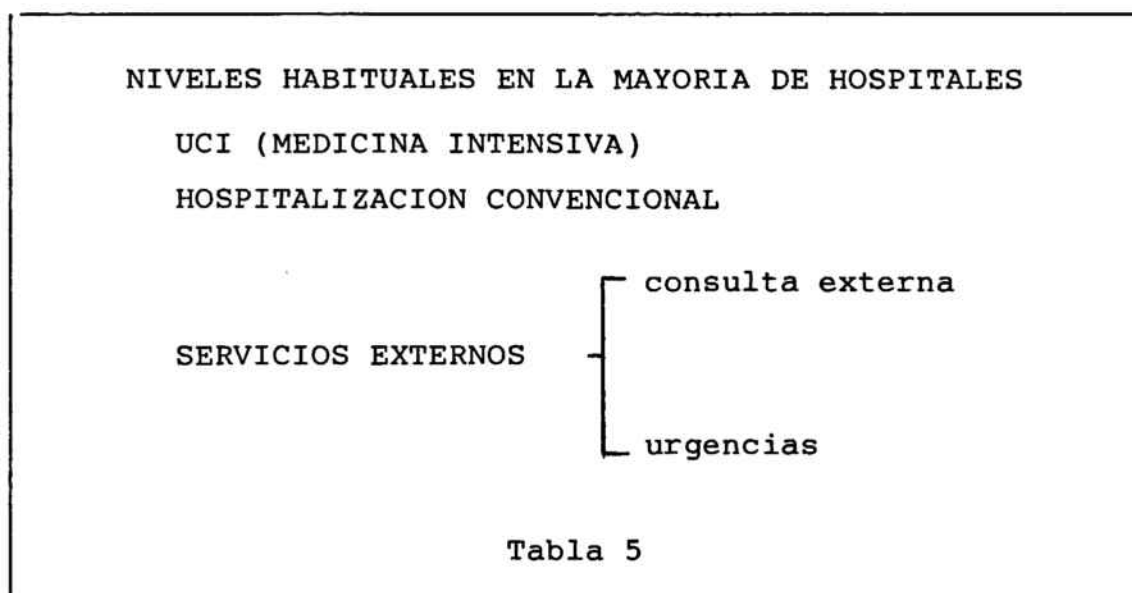
RESUMEN DE ANTERIORES EXPERIENCIAS

MEDICINA INTENSIVA



RESUMEN DE ANTERIORES EXPERIENCIAS. MEDICINA INTENSIVA

En la mayoría de hospitales sólo se plantean como áreas bien tipificadas UCI, hospitalización convencional (HC) y servicios externos (Tabla 5).



La Medicina Intensiva nace como una necesidad de la medicina tradicional, para llevar al límite el tratamiento de enfermos graves reversibles, con funciones vitales comprometidas y que precisan cuidados especiales.^{29,30}

De los antecedentes³¹ de unidades de enfermería con requerimientos de cuidados especiales, cabe destacar las

áreas de recuperación quirúrgica establecidos por Hopkins (1923) y Kirschner (1930) y durante la segunda guerra mundial, llevado a cabo en los hospitales militares, concentrar los pacientes graves con el fin de mejorar la utilización de los recursos humanos y materiales.

A finales de la década de los 40, la epidemia de poliomiélitis originó en Escandinavia, Nueva Zelanda, Estados Unidos, la creación de unidades de asistencia artificial con el llamado pulmón de acero.

En la década de los 60 la constatación de la frecuencia de la arritmia letales en el infarto agudo de miocardio y la disponibilidad de una nueva tecnología generalizó la aparición de unidades de cuidados intensivos.

Dentro de una gradación de cuidados, las UCIS ocupan el lugar más elevado en cuanto a respuesta asistencial, pero también en cuanto a gasto y yatrogenia. Son unidades realmente onerosas y agresivas para el ingresado.³²⁻³⁶ Ello ocasiona gran número de discusiones sobre indicaciones, patología, tipo de individuos y límites de edad para la admisión de una unidad de cuidados intensivos.

La progresiva aparición en los hospitales de áreas en las que la vigilancia es continuada ha dado lugar a gran confusión sobre el concepto de UCI. Porque hay áreas que cumpliendo requisitos de cuidados intensivos tienen peculiaridades diferenciales. (Tabla 6).

Cabe distinguir la sala de Reanimación o Recuperación de las áreas de cuidados intensivos. Dentro de éstas, las monográficas, -unidades coronarias, unidades de sangrantes, patología respiratoria-, de las unidades generales, polivalentes, no diferenciadas. (Tabla 7).

CRITERIOS CARACTERISTICOS DE UNA UCI³⁵

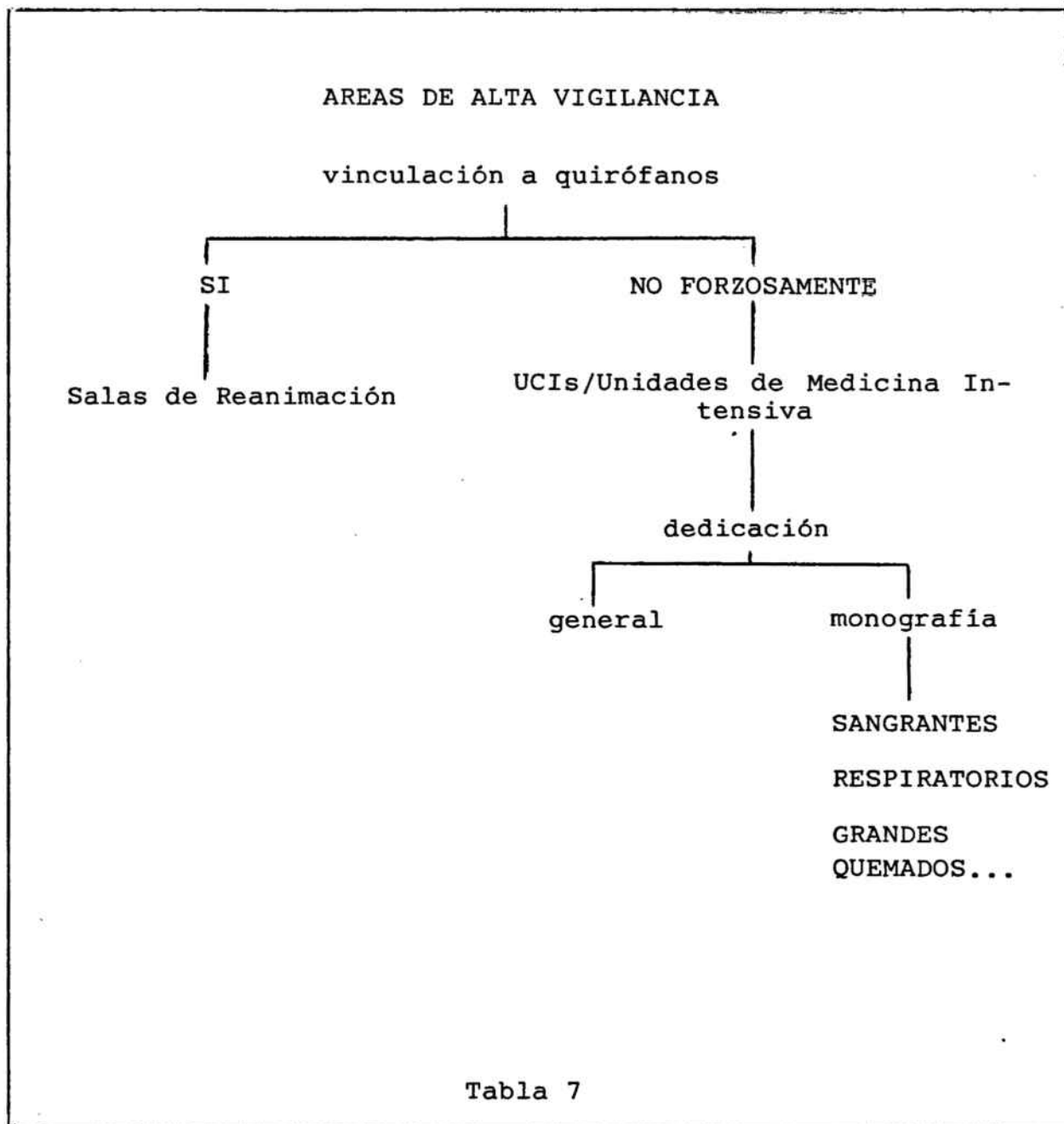
situación en un área concreta
y delimitación del hospital

capacidad para monitorización
hemodinámica y cardiológica

atención por personal cualificado

dotación de personal auxiliar superior
al de una cama de hospitalización con
vencional

Tabla 6



La principal característica de la Sala de Reanimación es precisamente su relación con el post-operatorio. Está al cuidado de anestesistas, en el área de quirófanos y permite una estancia más corta que la que implica la estancia en UCI.

En cuanto a las áreas de cuidados intensivos ya no vinculadas al quirófano, la discusión principal se centra en si han de ser o no monográficas.³⁶ Dependier de un servicio central de medicina Intensiva o de cada especialidad o servicio. (Tabla 7).

Una posible solución de la polémica es atender al tamaño del hospital. Si queda o no justificado individualizar áreas, bien entendido que no son rentables UCIs por debajo de 7 camas, o por encima de 15.

Es importante reseñar que en los hospitales con niveles de asistencia deficientes, las UCIs son mal utilizadas porque en ellas suelen admitirse enfermos no críticos que deberían hallarse en salas de hospitalización convencional. Sólo debería ponerse en funcionamiento una UCI cuando las condiciones generales del hospital fueran adecuadas.

Con ello se define una misión de la UCI. No sólo exportar técnicas, sino también responsabilidades, ayudando a determinar si realmente se han agotado los recursos, en los niveles de menor intensidad de asistencia.

HOSPITALIZACION CONVENCIONAL

HOSPITALIZACION CONVENCIONAL

Otro nivel clásico en la mayoría de hospitales (Tabla 5) es el de la Hospitalización Convencional (HC).

NIVELES HABITUALES EN LA MAYORIA DE HOSPITALES

UCI (MEDICINA INTENSIVA)

HOSPITALIZACION CONVENCIONAL

SERVICIOS EXTERNOS { consulta externa
urgencias

Tabla 5 (repetición)

Este nivel engloba notables diferencias, en gravedad, estado evolutivo del proceso de enfermar y edad de los atendidos (Tabla 8).

FACTORES DISCRIMINANTES EN LA HOSPITALIZACION
CONVENCIONAL

nivel de gravedad

- grandes cuidados
- cuidados intermedios
- cuidados mínimos

estado evolutivo del proceso de enfermar

- agudos
- crónicos
- terminales

- edad
- niños (PEDIATRIA)
 - 14 a 65 años
 - personas de edad avanzada

Tabla 8

No es infrecuente hallar en las salas de HC, junto a ingresados que requieren grandes cuidados médicos o de enfermería, otros con plena autonomía para sus tareas de alimentación e higiene, recibiendo sencilla medicación y vigilancia.

Esta disparidad de cuidados ha llevado a la necesidad de plantear un nivel intermedio de hospitalización

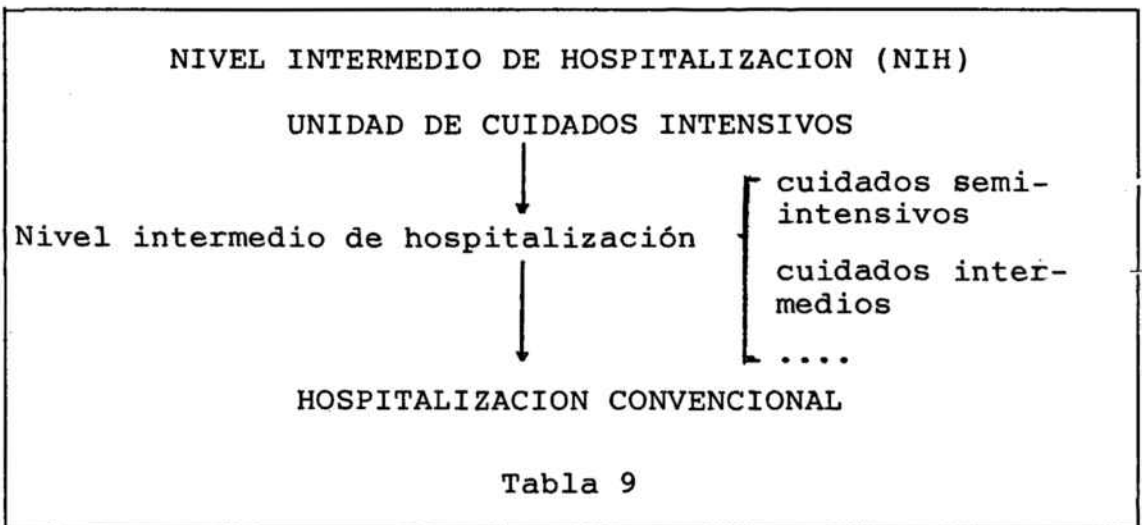
(NIH) entre UCI y HC,³⁷ tanto para adecuar mejor la respuesta sanitaria a la intensidad de la demanda, como para una mejor distribución del personal en relación al volumen de trabajo. (Tabla 9).

NIVEL INTERMEDIO DE HOSPITALIZACION

NIVEL INTERMEDIO DE HOSPITALIZACION

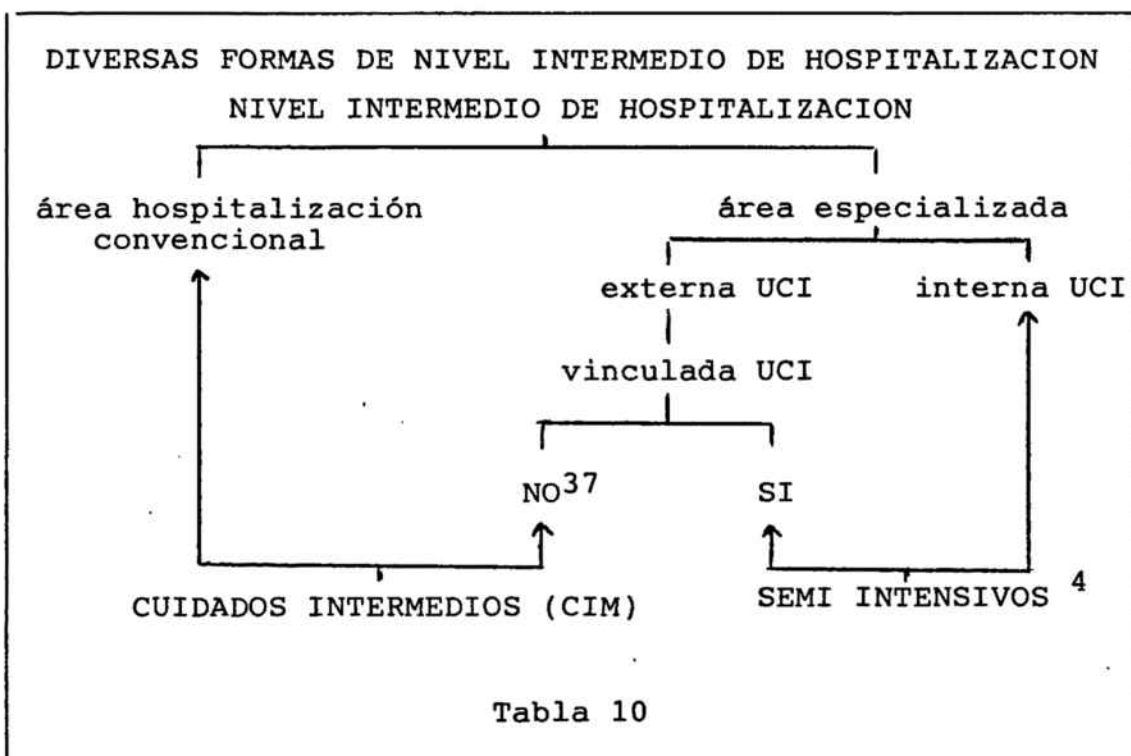
La definición de este nivel no es clara, dependiendo lógicamente, de las necesidades de cada centro. Como nivel intermedio, intermedio, sólo tiene sentido en aquellos hospitales en los que existen áreas de alta vigilancia. En los que no las hay, la adecuación de zonas de mayor vigilancia da lugar, más que a cuidados intermedios, a la creación de las áreas de mayor vigilancia del hospital en cuestión.

El NIH se relaciona más al carácter intermedio y alternativo entre dos niveles que al grado de tecnología, equipamiento o dotación de personal.



Mucho más importante que teorizar sobre el concepto de NIH es plantear distintas tendencias al respecto.

Los criterios que diferencian fundamentalmente las distintas modalidades son la ubicación en el hospital y la relación con la UCI (Tabla 9).



Una posibilidad es que se dé el aumento de vigilancia en la misma área de HC. No es el ingresado quien se desplaza a áreas de mayor vigilancia, sino que es la atención

del hospital (médicos, enfermería, material móvil) la que se desplaza a donde se halla ingresado el enfermo. En la práctica se cifra en una detección del ingresado de alto riesgo, individualizándolo de la masa global de todos los ingresados en HC.³⁸

Esta modalidad presenta como ventajas que no precisa los siempre enojosos traslados del individuo, a distintas áreas, según su estado de gravedad, y que implica mayor complejidad que la creación de áreas individualizadas. Como inconveniente, mayor sobrecarga de trabajo del personal de enfermería que en el ámbito de la HC ha de desarrollar una mayor vigilancia sobre determinados ingresados (Tabla 10).

CIM: área habitual o unidades individualizadas					
	complejidad hospitalaria	costo	vigi- lancia	distribución trabajo en- fermería	necesidad traslados
área habitual	menor	menor	menor	peor	sí
área individual	mayor	mayor	mayor	mejor	no

Tabla 11

La defensa de CIM en áreas individualizadas parte de la gran cantidad de enfermos graves de las salas generales -un 10%- que requieren vigilancia y cuidados continuados las 24 horas del día, sin necesidad de todo el aparato técnico de las UCIs, pero sí enfermeras suficientes y competentes.³⁷

A diferencia de los CIM en HC en los que cualquier ingresado susceptible de aumento de morbilidad puede ser incluido, en las áreas individualizadas se plantean indicaciones. (Tabla 11).

Esta alternativa de áreas individualizadas, con una muy aceptable nivel de vigilancia ocasiona un precio con cama y día que no debería ser muy superior a los actuales de una cama de HC.³⁷

Otro posible nivel intermedio de hospitalización se establece con la estrecha vinculación a UCI. Ya como gradación interna dentro de la unidad o como unidad externa, atendida por intensivistas del mismo equipo que la UCI.^{39,40} En estas áreas externas se plantean unas determinadas indicaciones⁴⁰ y el equipamiento incluye la monitorización y un utillaje más afín a UCI que a HC (Tabla 12).

INDICACIONES AREAS INDIVIDUALIZADAS DE CM³⁷

COMA (a excepción respiratorio y ureámico)

AGITADOS que requieren sedación interna

INTOXICACION (algunos casos)

FALLOS CARDIO-CIRCULATORIOS que no precisan monitorización.

FALLOS RESPIRATORIOS que no precisan ventilación

FALLO RENAL que no precisa diálisis

SEPSIS

HEMORRAGIAS INTERNAS

NUTRICION PARENTERAL

TRANSTORNOS ELECTROLITICOS

ABDOMEN AGUDO

EMBOLIA PERIFERICA-TROMBOFLEBITIS AGUDA

DIATESIS HEMORRAGICA

Tabla 12

INDICACIONES SEMI-INTENSIVAS UCI ³⁷

Cardiopatía esquémica aguda de evolución no aplicada
Insuficiencia respiratoria crónica agudizada
Hemorragia digestiva alta por varices sangrantes
Intoxicaciones agudas medicamentosas que no precisen
ventilación
Encefalopatías estacionarias de diferente etiología

Tabla 13

Es posible comprobar como, en ocasiones, las indicaciones de CIM en áreas individualizadas se superponen a los Semi-Intensivos Externos a UCI.

La elección de una u otra forma, más que del proceso en cuestión, depende de las posibilidades de espacio y personal del centro hospitalario.

LARGA ESTANCIA HOSPITALARIA

LARGA ESTANCIA HOSPITALARIA

Si las diferencias de gravedad en los ingresados en hospitalización convencional lleva a considerar la conveniencia de Nivel Intermedio de Hospitalización (NHI), las divergencias en el estado evolutivo del proceso de enfermar hacen discutible el que en hospitales de agudos haya de entenderse casos crónicos.⁴¹ Hecho discutible, pero, no obstante, muy habitual,^{42,43} pudiendo ser explicación el progresivo envejecimiento de la población que ha cambiado de forma radical el patrón del ingresado tipo en los hospitales de agudos.⁴¹

En cualquier caso, el elevado volumen de individuos afectados de procesos crónicos obliga a los hospitales de agudos a adaptarse para la larga estancia de algunos de sus ingresados (Tabla 14), así como a desarrollar alternativas para no verse desbordados por unas tareas que no son las suyas.

Organizativa y arquitectónicamente, los hospitales de agudos están preparados para una corta estancia, primando las cuestiones de supervivencia sobre las de relación. Al haberse modificado la tipología de los individuos destina-

dos al hospital, se pone de manifiesto la inexistencia de áreas para el tiempo libre, relaciones más íntimas o incluso para simplemente pasear.

NECESIDADES DE INDIVIDUOS SOMETIDOS A LARGA ESTANCIA
HOSPITALARIA

Replantear régimen de visitas y relación con el exterior
Áreas para comidas, recreo y actividades sociales
Peligros de la sobremedicación

Tabla 14

La distribución de los horarios o la misma normativa, ideados para individuos postrados en cama, pueden hacer del hospital una prisión. Asimismo, con la larga estancia, baja la vigilancia del personal sanitario y aumentan los accidentes yatrógenos.

Dado que es una realidad, el hospital ha de adaptarse a que muchos de sus ingresados presenten procesos crónicos, a la vez que ha de colaborar en el desarrollo de alternativas para que aparezcan niveles más adecuados.

Las principales opciones al respecto son la atención en el marco de la asistencia primaria, a través de los cuidados programados a domicilio ⁴⁵⁻⁴⁹ y las instituciones de larga estancia (hospitales de crónicos).⁶⁰

Muchos de los ingresados con procesos crónicos podrían ahorrarse largas estancias en los hospitales de existir una adecuada asistencia -tanto para el individuo afecto como para los familiares- a domicilio.

En cuanto a las instituciones de larga estancia, uno de los principales problemas es su escasez. Los centros de crónicos tienen escasa rotación, con lo que frecuentemente quedan colapsados. Asimismo, muchos de los centros son tan sólo asilos que no desarrollan ningún tipo de función hospitalaria.^{60,61}

Junto a ello, la mejor remuneración de la asistencia de agudos⁶² da lugar a que los centros con clara función hospitalaria prefieran homologarse para este tipo de asistencia.

En la Orden de Acreditación de Centros y Servicios Asistenciales de la Generalitat de Catalunya,⁶³ se cita que

las necesidades de atención médica de los servicios de larga estancia son inferiores a las de los servicios de agudos. De hecho, la retribución por cama larga estancia representa aproximadamente la mitad de la de un hospital de agudos con un mínimo de 150 casos (nivel 2A). Tabla 15).

TARIFA BASE SEGUN NIVELES ASISTENCIALES ⁶²	
<u>nivel</u>	<u>tarifa base 1983</u>
1	5.481
2A	6.961
2B	8.454
3	12.462
4 (en los que se incluye larga estancia)	3.209

Tabla 15

Asimismo, cabe destacar que la estancia global de un caso crónico, ingresado por espacio de muchos días en un hospital, suele resultar, a efectos administrativos, más rentables, que casos de corta hospitalización que requieran intensa atención.

Todo ello contribuye a que el hospital de agudos haya de seguir atendiendo casos crónicos. El hospital ha de adap

tarse a tal misión, pero también ha de contribuir a desarrollar opciones para recuperar la función de hospital de agudos, evitando quedarse bloqueado, sin posibilidad de aceptar nuevos ingresos.

CUIDADOS TERMINALES

CUIDADOS TERMINALES

Si ya la atención de crónicos genera dudas sobre si ha de dispensarse en hospitales de agudos, la polémica queda ampliamente superada al tratarse de cuidados terminales.

El terminal, la persona cuyo pronóstico es infausto y por quien la asistencia sanitaria poco puede hacer más allá de cuidados generales, es un tema complejo en la asistencia hospitalaria.

La misma definición de terminal es conflictiva. Individuos que padecen alguna enfermedad que les conducirá a la muerte tras una fase más o menos conocidas. (Tabla 16).⁷⁴

FASES DE LA ENFERMEDAD TERMINAL	
shock ⁶⁴	ira ⁶⁵
incredulidad	regateo
negación	depresión

Tabla 16

Los cuidados terminales constituyen el tratamiento de los pacientes cuya recuperación ya no se espera y cuya muerte se prevé a breve plazo.⁶⁶

Este tipo de individuos genera una am-

plia frustración para el equipo sanitario y una incomodidad para la institución que ve bloqueadas sus camas hospitalarias con un trabajo no exento de tensión.^{64,67,68,69}

Algunos individuos afectados de enfermedad maligna avanzada necesitarán que se les ingrese, en un hospital de agudos (Tabla 17) por muy competente que sea el médico general o por muy buena voluntad que tenga la familia. Surgen situaciones en las que una continuidad en la asistencia resulta esencial si se pretende controlar adecuadamente los síntomas del consultante. (Tabla 18).

CAUSAS DE INGRESO DE ENFERMOS TERMINALES
EN HOSPITALES DE AGUDOS

- 1) Imposibilidad de controlar los síntomas de la enfermedad

dolor	inquietud	confusión mental
náuseas	disnea	incontinencia
úlceras decúbito		
- 2) Incapacidad familiar^{71,77}

agotamiento	falta de sueño	enfermedad concurrente
angustia insuperable		
- 3) Falta de servicios sociales apropiados⁷⁰

Tabla 17

dolor 54%
 vómitos 28%
 úlceras de decúbito 30%
 incontinencia urinaria 46%
 incontinencia fecal 30%

SINTOMAS MAS FRECUENTES EN
 AFECCIONES TERMINALES

Tabla 18

En la disyuntiva moralidad y economía se hallan los extremos de la cuestión. Por un lado, prestar adecuada asistencia a alguien que sufre y por otro el coste y yatrogenia.

Para evitar precisamente la prolongación de gastos y padecimientos innecesarios se han diseñado estrategias en la atención de cuidados terminales.

De entre ellas, valorar adecuadamente los beneficios que se van a obtener al someter a un enfermo terminal a un más complejo nivel asistencial. La posibilidad de rechazar algún tipo de tratamiento por parte de familiares y propios afectados. Asimismo, el desarrollo de niveles alternativos al habitual de la hospitalización convencional 72,73,75,76.

La alternativa a la hospitalización de terminales es la asistencia primaria, muy especialmente la asistencia a domicilio, incluyendo tantos cuidados médicos como de enfermería y de asistencia social. En casos peculiares podrá recurrirse a unidades de larga estancia. 78,79,80,81,82

Perfeccionamiento de los criterios de admisión para niveles de alta complejidad de asistencia.

Autonomía para el paciente y sus familiares para rechazar cierto tipo de tratamientos.

Promocionar alternativas a las normas convencionales de asistencia.

ESTRATEGIAS EN EL CUIDADO DE
TERMINALES

Tabla 19

En los casos en que se recurra a la hospitalización en centros de agudos, cuanto menos habrá de plantearse las peculiaridades de este tipo de asistencia dentro de la HC.

CUIDADOS TERMINALES EN HOSPITAL DE AGUDOS

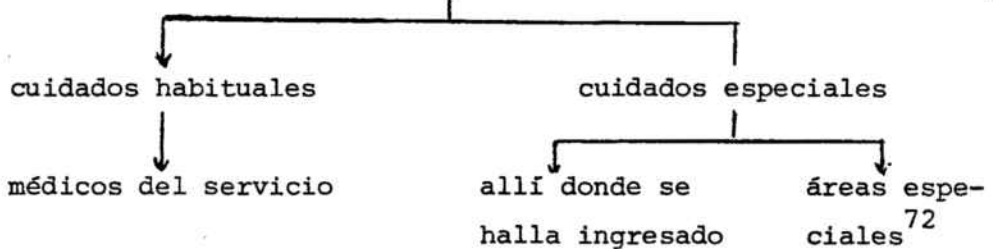


Tabla 20

Son conocidos los peligros, de las personas preparadas para sanar, al enfrentarse con la enfermedad terminal. Por ello, es conveniente diseñar cuidadosamente el alcance y desarrollo de los cuidados terminales.

Puede ser muy cuestionable dejar al terminal al cuidado de su médico encargado sin mayor apoyo para éste y sin diferenciar su caso del de cualquier otro ingresado.

Los cuidados terminales pueden desarrollarse en áreas diferenciadas del hospital o allí donde se hallan ingresados (Tabla 20). Habilitar áreas para terminales puede dar lugar a repercusiones negativas para aquellos enfermos lúcidos, conocedores del significado de esa zona y destinados a la misma.

No obstante, se cita que una buena reputación de cuidados sanitarios y de control de los síntomas podría hacer superar esa imagen, habiéndose demostrado en la práctica que se reta al control estandar del dolor y del cuidado terminal en salas o instituciones especializadas.⁷³ Incluso en cuanto a distribución de camas, a título orientativo, se citan, para cuidados terminales, 12 camas para 500.000 habitantes.⁶⁶

Tanto se planteen en áreas especializadas o allí donde se halla ingresado el individuo, los cuidados terminales han de considerarse en un sentido amplio que abarquen al enfermo y allegados y con soporte por parte de profesionales de distinta procedencia. (Tabla 21).

EQUIPO HUMANO CUIDADOS TERMINALES

Médico que ha llevado el caso

Internista

Psiquiatra

Enfermería de donde se halla
ingresado

Enfermería especializada

Trabajador social

Psiquiatra/Psicólogo

Tabla 21

No sólo es importante atender a los síntomas que pueda presentar, sino también a situaciones de depresión y ansiedad, así como a los problemas de índole económico y social de una persona que se ve impedida en el hospital y afecta de una enfermedad irreversible que si no la ve como irreversible, si, al menos de muy larga evolución.

CUIDADOS DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA

CUIDADOS DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA

Otro factor discriminante dentro de la HC (Tabla 8) es la edad. Descartada la pediatría -que ya se acepta mayoritariamente en nuestros hospitales hasta los 14 años- dentro de la HC se incluyen adolescentes, jóvenes, adultos y personas de edad avanzada. (PEA).

Son precisamente, las personas de edad avanzada quienes precisan cuidados más pormenorizados. Ya se ha citado cómo el envejecimiento de la población hace que cada vez sea mayor el número de PEA ocupando hospitales de agudos.⁴¹

Las PEA requieren importantes cuidados sociales, ocurriendo, a menudo, que la inexistencia de los mismos desplaza el problema hacia las instituciones sanitarias.

Es importante que tenga un lugar adecuado donde vivir⁸³ y, en su hábitat, solucionados los problemas sociales y sanitarios. En sus descompensaciones han de acudir a hospitales de agudos donde -ya que residen en lugares en que han de estar resueltas sus necesidades- su estancia ha de estar en relación únicamente a su estado de salud.

Para la adecuación de los hospitales a las PEA es pre-

¿DÓNDE VIVEN LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA (PEA)

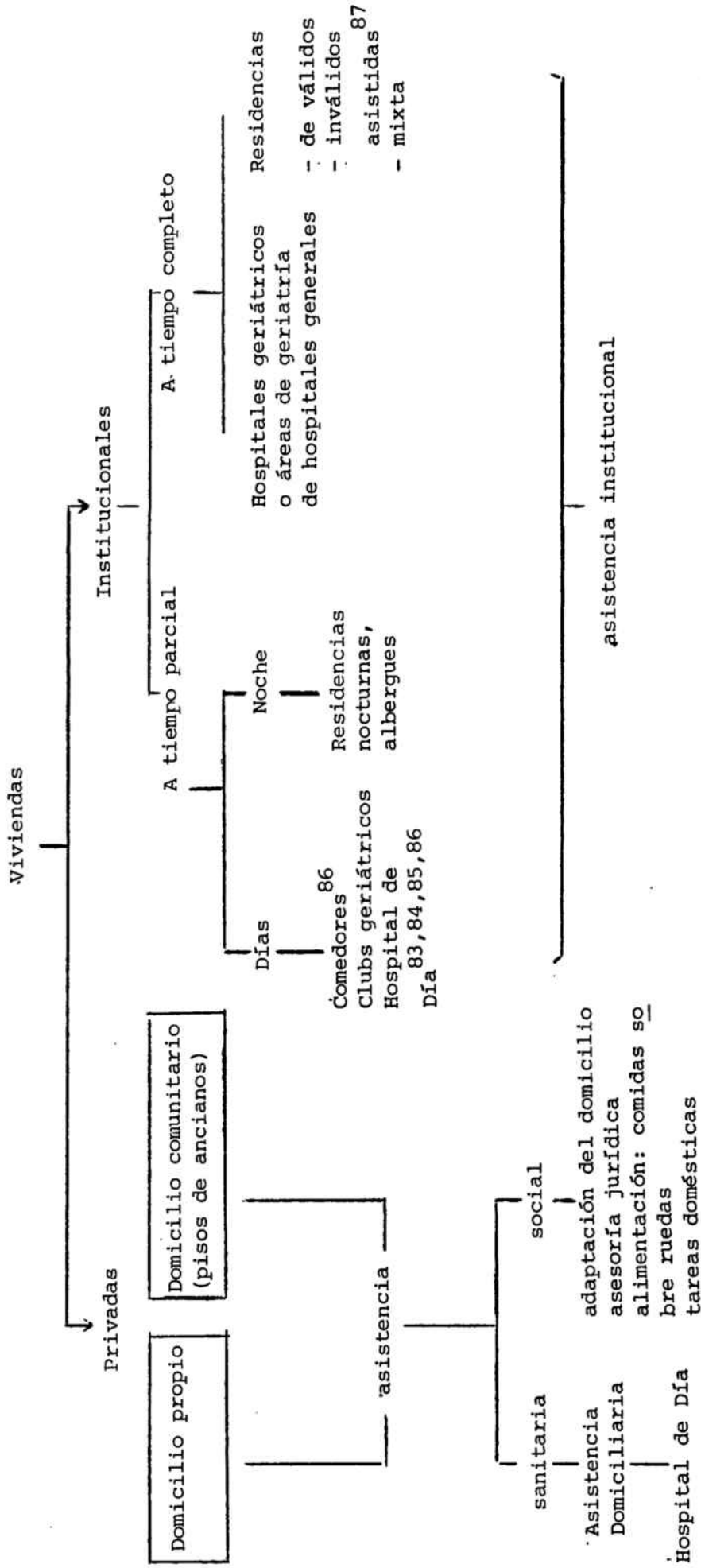


Tabla 22

ciso suprimir barreras burocráticas y arquitectónicas, para estas personas de limitada autonomía que la mayoría de las veces acuden en ambulancias-camilla-coche de ruedas. Tal vez es en la CEH, donde ha de darse el mayor número de modificaciones a fin de sacar el máximo partido de cada visita al hospital. Al respecto es valorable la utilización del Hospital de Día (HD).^{83,84,85,86}

Durante muchos años, la asistencia hospitalaria ha sido recelosa ante las PEA, en la consideración de que preferentemente a cuidados sanitarios precisaban cuidados sociales, que subsidiariamente se trasladaban al hospital. Con ello, se ha generalizado remitir a domicilio, desde las áreas de urgencia, a las PEA, en ocasiones, más en función de su edad que de su patología.

Desde el punto de vista comunitario, la gran alternativa para el cuidado de las PEA es la vivienda privada, con apoyo adecuado por parte de la comunidad. Es preciso que esté adaptado el domicilio a las nuevas necesidades, (Tabla 23) evitando elementos susceptibles de producir accidentes y dotándolos de mecanismos de aviso para situaciones de emergencia.

ADAPTACION DEL DOMICILIO A LAS NUEVAS NECESIDADES DE LA PEA	
Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> — Evitar accidentes domésticos — Mecanismos de alarma — Sentirse segura
Eliminación barreras arquitectónicas	<ul style="list-style-type: none"> — escaleras — desniveles

Tabla 23

Desde un simple teléfono hasta sofisticados sistemas electrónicos. En cualquier caso la PEA ha de sentirse segura ante posibles robos e invasiones del exterior.

Resultado de la disminución de su autonomía, aparecen barreras arquitectónicas en el propio domicilio y no es extraño, especialmente en el medio urbano, el que la inexistencia de ascensor deje confinada a una PEA en su piso.

Un aspecto muy importante es el eje de la alimentación. Existen experiencias del tipo de servicios de comida a domicilio.⁸³ A diario empresas especializadas llevan la comida condimentada a domicilios, recogiendo los restos de la comida anterior. Esas mismas empresas pueden cuidar de la limpieza y a través de una oficina central detectar por

teléfono situaciones de emergencia. Cuanto menos, son tres ocasiones -desayuno, comida y cena- en las que esas personas contactan con el mundo exterior.

Ya porque la adecuación del domicilio sea importante, porque la persona se halle sola o no pueda afrontar con quien o quienes vive las habituales tareas domésticas, hay que recurrir a las viviendas institucionales a tiempo completo.

Convendría reservar los hospitales geriátricos o incluso los hospitales de agudos, para situaciones de importante deterioro del estado general, de instauración brusca, dirigiendo los casos de problemática social a residencias de larga estancia o asilos, diferenciando los cuidados hospitalarios de los asilares.⁶⁰ (Tabla 24).

En cuanto a las residencias, es posible distinguir las dedicadas a personas de conservada autonomía o residencias de válidos de las asistidas con particulares indicaciones (Tabla 25), la mayoría tienen carácter mixto.

Una finalidad de las residencias debería ser intentar que los ingresados pudieran reincorporarse a situaciones de mayor actividad o participación, del tipo de domicilios

comunitarios.

En las viviendas institucionales la asistencia tanto sanitaria como social, viene desarrollada por la propia institución.

Ahora bien, una muy adecuada alternativa del ingreso de PEA -con toda su problemática- en hospitales de agudos es la correcta asistencia sanitaria en residencias o asilos que no siempre tienen lugar y que tendría que ser potenciada por las autoridades sanitarias.

Caben gran número de disquisiciones dentro de lo que se entiende por HC. Lo realmente importante es el análisis. Plantearse que, además de las formas clásicas que se vienen utilizando existen otras, que se pueden valorar en relación con las características de cada centro.

CRITERIOS DIFERENCIALES ENTRE HOSPITAL Y ASILO⁶⁰

	<u>Cuidados hospitalarios</u>	<u>Cuidados asilares</u>
prioridad	asistencia sanitaria	residencia (hogar)
orientación	expectativa de alta	de por vida
actividades	individuales	comunes y simultáneas.
asistencia sanitaria	existencia y aplicación de medios diagnósticos y terapéuticos	cobertura (previsión) de cuidados sanitarios.
documentación	historia clínica y hojas de evolución	escasa documentación clínica que no es imprescindible
controles clínicos	habitual control de <u>cons</u> tantes vitales	no indispensable

Tabla 24

INDICACION DE PEA EN RESIDENCIAS ASISTIDAS⁸⁷

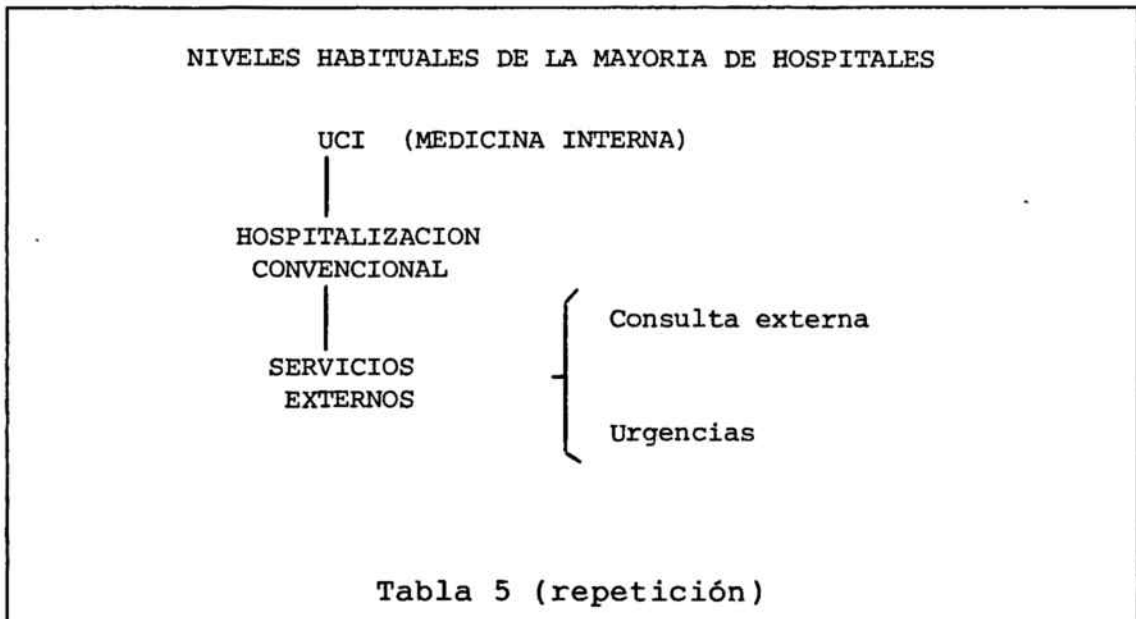
enfermedades invalidantes	{ poliartrosis osteoporosis arteriosclerosis AVC Parkinson	enfermedades crónicas no terminales	{ Diabetes Mellitus HIA grave Infarto de miocard. Insuficiencia card.
post.cirugía	{ fracturas amputaciones	necesidad de cui- dados de enferme- ría.	{ Ulceras Sondas Movilizaciones periódicas
demencia senil leve		problemática social grave	

Tabla 25

SERVICIOS EXTERNOS

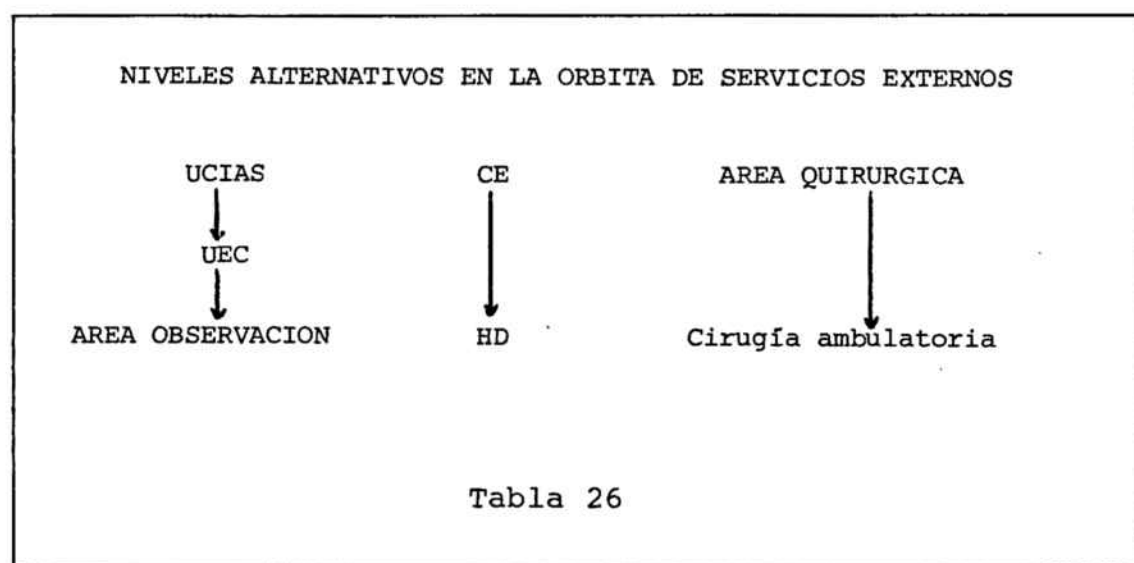
SERVICIOS EXTERNOS

En la gran mayoría de hospitales, los Servicios Externos (SE) están constituidos únicamente por Urgencias (UCIAS) y Consulta Externa (CE), que junto con Hospitalización Convencional (HC) y UCI configuran la totalidad de niveles habituales (Tabla 5).



Existen no obstante, otras posibilidades y niveles, desarrollados a modo de alternativa a la presión de ingresar a través de consultas externas y UCIAS o a la larga lista de espera para cirugía programada. El desplazamiento

de atenciones en régimen de ingreso servicios externos han dado lugar a importantes medidas de control del coste hospitalario.^{88,89}



Es notorio que los servicios de urgencias han cobrado un notable protagonismo en las demandas de atención de salud de la población y también dentro del hospital.^{90,91,}

⁹² Un notable número de ingresos hospitalarios se evitan al ser tratados los pacientes en estos servicios, con el consiguiente beneficio económico.

Ahora bien, la atención en régimen de urgencias hospitalarias se ve empañada por el enorme volumen de individuos

con problemática de tipo social y patología banal que acuden a urgencias y que deberían ser atendidos por otras instancias, por una red de asistencia primaria y por unos criterios más adecuados de medicina preventiva.^{24,25,26,27,28}

Diversos autores vienen a considerar que de un 30 a un 60% de los casos que acuden a urgencias no utilizan adecuadamente estos servicios. (Tabla 27).

UTILIZACION INADECUADA DE LOS SERVICIOS DE UCIA S

WALTER ²⁵	1975	Canadá	33-50% de los casos diferibles
FENOLLOSA ²⁶	1978	Valencia	11'5% a Consulta Externa 59'9% alta de urgencias
GRIFFORD ²⁷	1980	USA	33% propios asistencia primaria
CASAS ²⁸	1981	Barcelona	44% no urgencias hospitalarias
LLORET ²⁴	1981-82	Barcelona	45'68% alta inmediata de urgencias

Tabla 27

No se trata de incidir en que no se utilizan adecuadamente los servicios de urgencia, sino que incluso en el porcentaje que los utiliza adecuadamente, podría evitarse la hospitalización de existir adecuados niveles intermedios de asistencia.

En urgencias los problemas se presentan de forma aguda, no se conocen previamente los consultantes y un error en la decisión puede tener desfavorables consecuencias para el atendido.

Los servicios de urgencias se mueven entre la frecuente presión del consultante y familiares para ingresar y la conciencia de que no ha de bloquearse el hospital con ingresos que no precisan la hospitalización.

UNIDAD DE ESTANCIA CORTA

UNIDAD DE ESTANCIA CORTA (UEC)

La UEC (Unidad de Estancia Corta) tiene especial papel en los centros con importante volumen de urgencias ya que permite la absorción para ingreso de un elevado número de casos al tener por definición un periodo de estancia muy bajo.⁹³ (Tabla 28).

CALCULO DEL NUMERO DE CASOS INGRESADOS ⁹³	
$e_i = \frac{c \times t \times I_o}{P_e}$	<p>P_e : Promedio estancia</p> <p>e_i : casos ingresados</p> <p>c : número de camas</p> <p>t : período de tiempo considerado</p> <p>I_o : índice de ocupación</p>
Tabla 28	

Siendo constante el número de camas, fijo el período de tiempo considerado y el índice de ocupación, puede aumentar el número de casos al disminuir el promedio de estancia.

La UEC es una forma de asistencia ampliamente ensayada en pediatría.¹³⁶ Está dirigida a aquellos casos en que no es presumible una estancia excesivamente dilatada, pero superior a unas horas -áreas de observación- y que habitualmente ingresan en HC. (Tabla 29).

En la UEC todo está preparado para una breve estancia. En muchas ocasiones la finalidad no es resolver por completo el problema, pero sí orientarlo, a menudo combinarse con la CEH, donde continuar la atención, pasado el proceso agudo. También una frecuente redistribución de los casos en que es previsible una situación cambiante que conviene valorar. (Tabla 30).

En nuestro ambiente, aunque no está generalizado, existen notables experiencias de UEC, con áreas perfectamente individualizadas. Tal es el caso del Hospital Pediátrico de San Juan de Dios de Barcelona y el área de estancia corta anexa a urgencias del Hospital de Granollers.

OPCIONES EN MEDICINA DE URGENCIAS

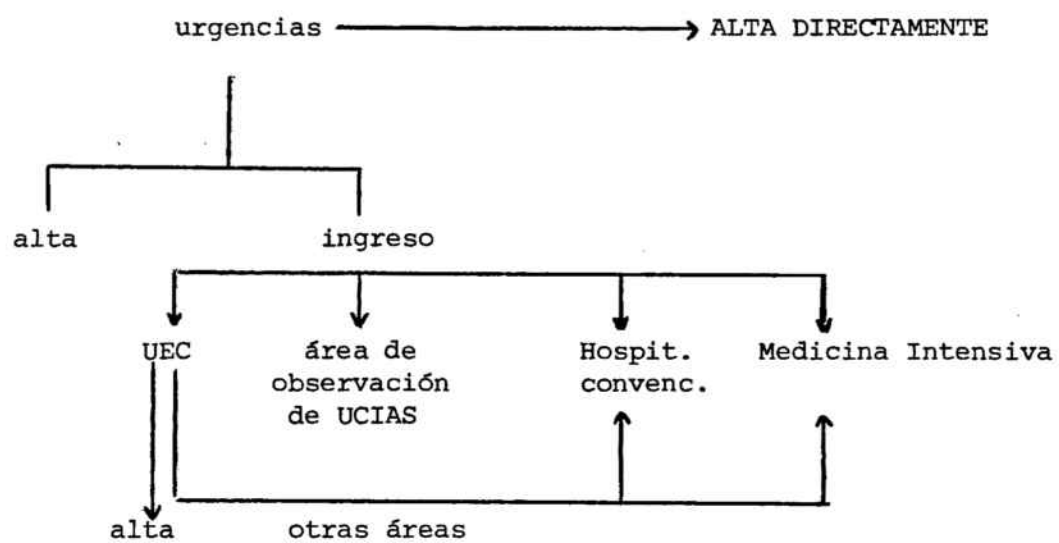


Tabla 29

Indicaciones de UEC

Agudización grave del asma	Cólico nefrítico resistente al tto.
Transtornos del ritmo cardíaco	Deshidratación
Hipertensión arterial maligna	Gastroenteritis
Síncope	Abdomen agudo
Síndrome vertiginoso	Intoxicaciones
Cefalea con factores de riesgo	Diabetes descompensada
Accidente vascular transitorio	
Conmoción cerebral recuperado	

Tabla 30

HOSPITAL DE DIA

HOSPITAL DE DIA (HD)

La otra fórmula habitual dentro de los Servicios Externos (Tabla 5), la CEH, policlínica, dispensarios o como quiera llamarse, en una entidad habitual en la mayoría de hospitales. En una gradación de complejidad se halla entre la asistencia primaria y la hospitalización convencional. 94,95,96,109

Puede decirse que la CEH actual es producto del desequilibrio entre la medicina hospitalaria, hipertrofiada y la escasamente desarrollada medicina extrahospitalaria.

El concepto de hospital va muy ligado a la vigilancia y tratamiento del consultante las 24 horas del día, reservándose para la medicina extrahospitalaria aquellas formas de asistencia que no requieren el internamiento.

Y, sin embargo, la medicina hospitalaria, frente a las escasas garantías de la medicina primaria compite incluso en aquellos casos en que no se precisa la hospitalización. Apareciendo en las memorias estadísticas de los hospitales un progresivo aumento de las atenciones a enfermos sin camas, sin hospitalización, un desarrollo de la CEH.

La CEH ocupa una buena parte de la actividad de un servicio hospitalario con una mayor dedicación de tiempo en relación a la asistencia primaria. Alrededor de 30 minutos para una primera visita y 15 minutos para las siguientes, ⁹⁷ espacios de tiempo, en cualquier caso, muy superiores a los habituales de asistencia primaria.

La existencia de Hospital de Día (HD), es una alternativa, en muchas ocasiones para el ingreso hospitalario a través de la CEH.

Se entiende por Hospital de Día aquella fórmula de asistencia de ámbito hospitalario en que se prestan atenciones desde primera hora de la mañana hasta la tarde o noche, sin rebasar, en cualquiera de los casos, las dos terceras partes de la jornada.

El consultante permanece en el recinto hospitalario por espacio de unas horas, yendo a dormir a su domicilio. Ocupa prestaciones de, a lo sumo, dos turnos clásicos de trabajo, mañana y tarde. Al desarrollarse en medio hospitalario, se beneficia de la metodología y material propio del hospital.

Los antecedentes del HD se remontan a servicios geriátricos y psiquiátricos.

EXPERIENCIAS EN HOSPITAL DE DIA	
Geriatría ⁸⁴	1951. Oxford. Dr. Coshin, Hospital de Cowley-Road.
	1968. Lambeth. St. Thomas Hospital
Psiquiatría ⁹⁸	1952. Moscú. Psicoterapia social
	1956. Montreal. Allen Memorial Institute
	1962. Centro Pierre Janer. El Havre.
Diagnóstico, control, terapéutica	1968. Hematología. Hospital de St.Louis (Prof. Jean Bernard)
	1969. Niños epilépticos. Creteil
	1969. Oncología. Villejuif (Prof. Denoix)
	1970-71. Nancy. Alergología y dietética.

Tabla 31

Al inicial proyecto del Dr. Coshin se suman inmediatamente otros muchos HD geriátricos por toda Inglaterra,⁸⁶ pasando después a la Europa septentrional y continental. En Estados Unidos existen asimismo HD geriátricos y de enfoque social (Monunt Sinai, San Diego).

En la actualidad, en España existen notables experiencias, dentro de las cuales cabe reseñar el HD geriátrico

del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid.⁸⁶

Como muy iniciales cabe reseñar las experiencias psiquiátricas⁹⁸ seguidas de experiencias dirigidas al tratamiento de especialidades y patologías concretas, fundamentalmente oncología y hematología.⁹⁸ También se plantean las enormes posibilidades del HD en el diagnóstico y estudio de la HTA.^{99,100}

Sin embargo, cabe plantear el HD, más que dirigido a cuestiones concretas, como recurso utilizable cuando el estado de salud de la persona le permite dirigirse por la noche a su domicilio, con un grado más elevado de participación que la HC y menor yatrogenia.

CIRUGIA AMBULATORIA

CIRUGIA AMBULATORIA

En el ámbito asimismo de los Servicios Externos (SE) aparece la Cirugía Ambulatoria, dentro de las denominadas vías de los cirujanos para aumentar la eficiencia en la utilización de los hospitales.^{101,102,103,104,105,106}

Antiguamente, los individuos se recuperaban de las intervenciones en sus domicilios, quedando los cuidados en el hospital para los individuos indigentes o que carecían de personas que pudieran hacerse cargo de ellos.

Con el desarrollo de la anestesia general y del moder-hospital, se comprobó que los resultados eran mejores si se realizaba el post-operatorio en el hospital, aumentando las presiones al respecto de cirujanos y pacientes,¹⁰¹ con lo que pasó a ser habitual que el post-operatorio se realizara en régimen de internamiento.

Sin embargo, no todas las intervenciones quirúrgicas requieren hospitalización. En 1909, el Royal Glasgow Hospital for Children comunicaba resultados post-operatorios ambulatorios tan buenos como los de tipo hospitalario. Estos resultados han sido ratificados en numerosas comunicaciones.¹⁰²

En la actualidad, son comunes programas para Cirugía Ambulatoria en otros países, muy especialmente en Estados Unidos.^{103,104,105} Probablemente en relación a presiones de compañías aseguradoras que por otra parte garantizan un adecuado reembolso.

Cirugía Ambulatoria se refiere a procedimientos más complejos que los ordinarios bajo anestesi total, y, aunque habitualmente las intervenciones se realizan bajo anestesia general, el individuo puede ingresar y ser dado de alta el mismo día.⁹⁶

Se estima que del 20 al 40% de la cirugía puede darse en el marco de la cirugía ambulatoria.^{96,107} (Tabla 32).

INDICACIONES DE LA CIRUGIA AMBULATORIA 101,108

ESPECIALIDAD	PROCEDIMIENTO
Oftalmología	cataratas (algunos casos)
Urología	cistoscopia, uretroscopia vasectomía
Cirugía pediátrica	circuncisión herniorrafia inguinal y umbilical endoscopias orquidopexia
Ginecología	laparoscopia biopsia mama legrado plastia de mama esterilización
ORL	amigdalectomía polipectoma nasal adenoidectomía miringotomía
Traumatología	s. del canal carpiano extracción de clavos
Cirugía general	herniorrafia inguinal y femoral extirpación de varices dilatación anal por hemorroides biopsia de piel, ganglios y otras lesiones superficiales
Varios	electroshok procedimientos plásticos en rostro, nariz, ojos y cuero cabelludo endoscopia laparoscopia extracción y reparaciones dentales.

Tabla 32

ASISTENCIA PRIMARIA

ASISTENCIA PRIMARIA

La década de los setenta propició la devolución de un papel importante en la organización sanitaria, a la medicina primaria.

En la conferencia de Alma Ata, iniciada el 6 de septiembre de 1978 y a la que acudieron delegados de 134 naciones y numerosas organizaciones se adoptó unánimemente una declaración con diez puntos y 22 recomendaciones concretas sobre diversos sectores relacionados con la atención primaria de salud.¹¹⁰

Se definió la asistencia primaria de salud como la asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les son aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueden soportar. La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad.¹¹⁰ Es asimismo el primer nivel de contacto entre el individuo y el sistema de asistencia sanitaria.

Se incide en la universalidad de los servicios de salud, la conveniencia de la participación de la población en la organización de los mismos y en la importancia del coste de atención de salud. Porque la atención primaria de salud, por definición, ha de ser accesible al individuo tanto en la proximidad como en coste individual y colectivo.

La OMS, que conjuntamente con la UNICEF patrocinó la reunión de Alma Alta, lanzó su programa de salud para todos en el año 2000.¹¹¹

En nuestro país, han ido apareciendo también voces en defensa de la asistencia primaria. En Catalunya aparece en 1979 el informe "El metge de capçalera en un nou sistema sanitari",²⁰ en relación a una figura que nunca debería haber quedado olvidada. En 1979 aparece la "Sociología de los ambulatorios".²¹

Son importantes una serie de experiencias que contribuyeron a sentar las bases de lo que podría convertirse en llamar Centros de Salud, Centros de Asistencia Primaria, los nuevos ambulatorios.

Estas experiencias venían a resaltar, frente a un mode-

lo oficial, anquilosado, la posibilidad de una forma de asistencia integral, enfocada a las características pluri-factoriales de salud y enfermedad.

Estas alternativas han aparecido en ocasiones debidas a la iniciativa particular y en otras a instancias oficiales. Algunas han desaparecido y otras continúan.

En cualquier caso, ha de reconocérsele un carácter de investigación, contribuyendo a modificar criterios en relación a la asistencia primaria y enriquecer las escasas experiencias prácticas. Las iniciativas personales han sido particularmente laboriosas y, por tanto, muy valiosas. El repaso de las mismas demuestra que no siempre han recibido el apoyo oficial que hubiera sido conveniente.

En Tirajana, Gran Canaria, en un área eminentemente agrícola de unos 4.000 habitantes, se creó un centro de salud. El objetivo era elevar el nivel de salud de la zona mediante un sistema integral de asistencia.¹¹²

El proceso seguido fué elaborar un diagnóstico de salud del área de funciones de promoción y fomento de la salud, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación, educación e investigación. El personal, cinco médicos, un ATS, un asistente social, dos secretarias, personal auxiliar. La cola-

boración oficial, escasa, era el año 1977.¹¹²

En Montánchez, provincia de Cáceres, un equipo formado por cuatro médicos, un biólogo, intento aplicar un modelo diferente de asistencia. En una primera etapa, asistencial, se limitó el número de atendidos por día, se elaboraron fichas sanitarias y se iniciaron tareas de educación sanitaria y rehabilitación.^{112,113}

Al comprobar que se había mejorado la asistencia pero no el nivel de salud, se hizo obligada una segunda etapa, de medicina preventiva, realizándose "consultas comunitarias" a grupos de individuos afectados de un mismo proceso y jornadas de Educación Sanitaria en cooperación con representantes sanitarios de la comarca.¹¹³

La tercera etapa partía de que la mentalización del vecindario era insuficiente para resolver sus problemas sanitarios. Era la fase de salud pública y requería decisiones políticas como saneamiento básicos, cercado y tratamiento de basuras, depuradoras, cloración de las aguas, atención de los emigrantes, mejora de las condiciones de trabajo.

Sin embargo, por aquel entonces no fué bien aceptada

por las entidades oficiales la iniciativa. El día 6 de febrero de 1979 se comunicaba el cese del médico titular por el delegado Territorial de la Sanidad.

Son dos ejemplos de iniciativas particulares que cabe recogerlos como reconocimiento a esas personas que en un momento de su vida dedicaron su esfuerzo y tiempo a un ideal de asistencia.

Mayor apoyo tuvieron los centros auspiciados por organismos oficiales. Bajo las directrices de la Oficina Regional para Europa de la OMS, se creó el Centro de Demostración Sanitaria de Talavera de la Reina, en un sector que abarcaba territorios de cuatro provincias con servicios de epidemiología, promoción de la salud, sanidad ambiental, jefatura de estudios, salud mental, exámenes de salud, luchas y campañas, veterinaria de salud pública, servicio de radiodiagnóstico, servicios dispensariales, laboratorios de salud pública.¹¹⁴

A partir de julio de 1980 se abrieron una serie de centros de promoción de la salud inspirados por ayuntamientos,¹¹⁵ intentando modificar una sanidad municipal bastante arcaica.

El 1 de diciembre de 1981 se inauguraba, dependiente del Hospital Puerta de Hierro de la Seguridad Social, en Madrid, el Centro de Salud de Pozuelo de Alarcón. Era una experiencia de un centro de Salud, auspiciado por un Hospital, debiendo plantearse -indispensable en nuestro medio- la coordinación entre distintos organismos públicos, Ayuntamiento, Ministerio de Sanidad, etc.

A su inicio se planteaba atender a 2.000 familias, con siete consultas de Medicina General y Preventiva, así como asistentes sociales, incorporándose de forma progresiva, médicos residentes. El horario, ininterrumpido de nueve de la mañana a cinco de la tarde.

A partir de junio de 1981 se instauraron en todo el Estado Unidades Docentes Extrahospitalarias del Programa de Medicina Familiar Comunitaria.¹¹⁶ Los objetivos asistenciales eran modificar el sistema de atención de los beneficiarios de la Seguridad Social en los ambulatorios. El funcionamiento era de siete horas. Con carácter experimental fueron ubicadas en 20 provincias.¹¹⁶

En el caso del Ambulatorio Justo Oliveras de Hospital, donde se aplicó una de estas Unidades Docentes, a los

seis meses se observó un aumento significativo de los medios auxiliares de diagnóstico, disminuyendo en cambio las consultas a especialista. Se alcanzó un mayor promedio de tiempo dedicado a las consultas médicas y la disminución del número de recetas por visita.¹¹⁷

En agosto de 1982, se inauguró el Centro de Asistencia Primaria Ciutat Badia, dependiente del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Como aspectos a destacar cabe la amplia dedicación horaria de los médicos, diferente utilización del personal de Enfermería (visitas domiciliarias, control de enfermos crónicos), Pediatría hasta los 14 años, con servicios de Medicina General, Pediatría, Enfermería, Odontología, Traumatología, Toco-Ginecología, Higiene Mental, Radiología, extracciones de Laboratorio, asistencia social y urgencias, y puesta en marcha de programas preventivos y de promoción de la salud.¹¹⁸

Cabe destacar asimismo, la cobertura total de la población -afiliados o no a la Seguridad Social-.¹¹⁸

Al cabo de un año se apreció una disminución muy marcada del número de visitas derivadas a especialistas o cen-

tros hospitalarios (reducción del 35%). El número de solicitudes de laboratorio no varió significativamente, mientras que sí se produjo una reducción del 35% de las solicitudes de radiología.¹¹⁹

Dentro de las conclusiones a los nueve meses de funcionamiento de este centro¹¹⁸, se apunta que el ahorro generado en el terreno de consumo farmacéutico y en el de las prestaciones de incapacidad (ILT) pueden compensar el incremento de gastos directos generados por el nuevo modelo organizativo.

De las anteriores experiencias, alternativas a la asistencia primaria de nuestro sistema, medicina de los ambulatorios, se desprenden una serie de conclusiones.

El acercamiento a la realidad de la asistencia primaria ha de darse una amplia dedicación horaria y no sólo desde el punto de vista asistencial, sino también de promoción de la salud,¹²⁰ educación sanitaria, epidemiología,¹²¹ medicina preventiva e incluso salud pública.

Las experiencias de racionalización de la asistencia primaria coinciden en ampliar la dedicación horaria de los médicos y en la realización de un trabajo de equipo.^{116,118}

Con ello se consigue la disminución del número de recetas por visita^{117,118} y una disminución del número de visitas remitidas a especialistas y centros hospitalarios.

CONCLUSIONES EXPERIENCIAS ALTERNATIVAS EN ASISTENCIA
PRIMARIA

extensión de la asistencia a toda la población¹¹⁸
 cartilla individual en lugar de la familiar
 mejor equipamiento
 coordinación para el programa de los gestores de la sanidad
 participación de los usuarios
 mejor dedicación horaria
 mejor utilización del personal de enfermería
 especialista adscrito fundamentalmente al área hospitalaria
 trabajo en equipo^{116,118}
 presencia de trabajadores sociales
 delimitación geográfica y social de la zona

Tabla 33

Puede decirse que, en la actualidad y en nuestro medio, nos hallamos en una fase de relanzamiento de la asistencia primaria. El móvil fundamentalmente el económico. Sigue siendo la forma de asistencia menos onerosa.

Sin embargo, es una fase de búsqueda más que de logros. Cuando todos están de acuerdo con la prioridad del desarrollo de la asistencia primaria, aún se está lejos de alcanzar ese adecuado funcionamiento de la asistencia de primera línea, exponente de lo cual es la inadecuada utilización del hospital, cuando es notorio que en un sistema sanitario cualificado y bien organizado la asistencia externa puede resolver el 90% de todas las consultas médicas.²²

ASISTENCIA DOMICILIARIA

ASISTENCIA DOMICILIARIA

Dentro de la Asistencia Primaria, la Asistencia Domiciliaria (AD) es una función característica que tradicionalmente se ha venido realizando en este medio. Ha de considerarse como una continuación o prolongación de la labor que se desarrolla en el Centro de Asistencia Primaria (CAP) 16,121

Es recomendable que la Asistencia Domiciliaria (AD) se haga de forma programada, facilitando la planificación y diferenciándola de la asistencia de urgencias a domicilio.

La AD es una fórmula propia del ámbito extra-hospitalario, si bien el contexto de la escasa adecuación de la medicina primaria, se ha trasladado al terreno hospitalario, a modo de la denominada hospitalización a domicilio.^{45,46,47,48,49,50,51}

La hospitalización a domicilio está originada por el mal funcionamiento de la Asistencia Primaria y el afán del personal hospitalario de evitar recaídas, nuevos ingresos. En un sistema en que la Asistencia Primaria funcionara correctamente, la Ad habría de estar a cargo del personal de Asistencia Primaria.

Las ventajas que suponen los cuidados en régimen de Ad derivan fundamentalmente de ser alternativa a la hospitalización o en crónicos, terminales y PEA. Disminución de los costes -se calcula que supone el tercio de la hospitalización convencional-⁵⁰ y de la yatrogenia, permitiendo que el individuo se siga desarrollando en el medio que le resulta familiar.

Las indicaciones giran en tornos de aquellos casos de limitada autonomía que no pueden acudir con facilidad al CAP. (Tabla 34).

Es un sistema, por otra parte, más caro que la forma habitual de asistencia primaria y requiere unos recursos adecuados. Ello obliga a que se reserve a algunos casos adecuadamente seleccionados por el trabajador social, la enfermera o el médico de asistencia primaria.

Existen unos requisitos para que sea posible la AD, que se resumen por parte del atendido y su familia a la aceptación del sistema y que las condiciones de habitabilidad, colaboración de la familia, cuidados de enfermería previsibles, estado de salud lo hagan posible.

INDICACIONES DE LA ASISTENCIA DOMICILIARIA⁵⁰

Personas de limitada autonomía en general

Personas de edad avanzada (PEA)

Crónicos:

- insuficiencia cardio-respiratoria⁵²
- accidentes vasculares cerebrales invalidantes
- afecciones neurológicas invalidantes
- afecciones reumatológicas invalidantes
- neoplásicos⁵³

Terminales

Otros:

- rehabilitación, fisioterapia
- heroinómanos⁵⁴ (algunos programas)
- protección materno-filiar
- politraumatizados sometidos a tracciones
- cuidados pos-op a domicilio

Tabla 34

En nuestro medio, la asistencia a domicilio queda como una función más del médico de cabecera, sin ningún apoyo logístico, más allá de los personales medios con que pueda contar.

Tampoco están bien tipificadas las indicaciones de la asistencia a domicilio, sin diferenciarse de la asistencia de urgencias.

Por ello al citar experiencias hay que reseñar las de la Hospitalización a Domicilio, incidiendo en que en un sistema donde funcione adecuadamente la Asistencia Primaria, la AD ha de prestarse en su ámbito.

La Hospitalización a Domicilio surgió en los años 40 en Estados Unidos con el modelo Montefiore de Nueva York. Posteriormente se aplicó en Canadá, Inglaterra, Francia, Bélgica y otros países⁵⁰. En París, el servicio a domicilio no depende del hospital, sino de la asistencia primaria, Asistencia Pública de París.⁴⁵

En España hubo tentativas en el Hospital de San Pablo de Barcelona, para la asistencia de enfermos respiratorios crónicos, siendo abandonados por razones administrativo-económicas.⁵²

La Hospitalización a Domicilio ha seguido un amplio desarrollo en el Hospital Provincial de Madrid, donde existe un servicio. Durante el primer año, el coste medio fué de 3.829 Ptas/día. con una estancia media de treinta y cinco días durante el primer semestre y veintidós para el segundo.⁴⁵

Aporta interesantes perspectivas en cirugía. Pacientes

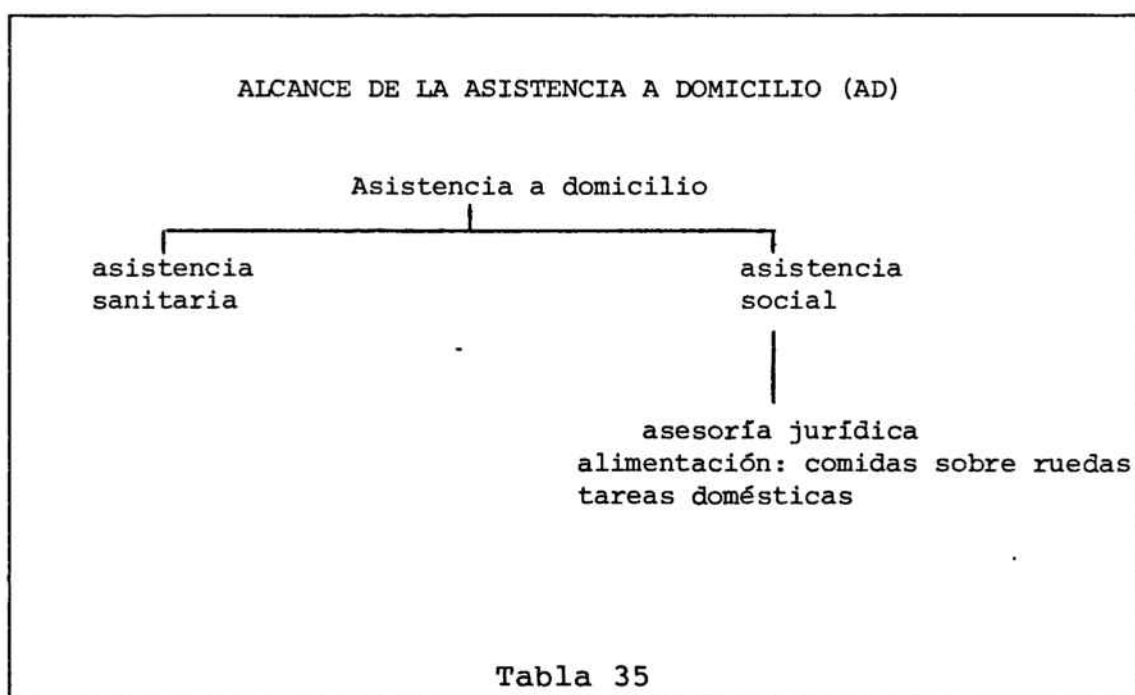
seleccionados, a las dos o tres horas de la intervención pueden regresar a su domicilio, siendo controlados por el sistema de asistencia a domicilio durante el post-operatorio.

Entronca directamente con el sistema de Cirugía Ambulatoria.

Existe amplia experiencia en el campo de cuidados terminales, prestándose apoyo al moribundo y su familia en su propio domicilio el tiempo que sea preciso. A este respecto cabe mencionar los trabajos del Home Care Service en el St. Christopher's Hospice de Londres.⁵³

En asistencia a domicilio no se trata solamente de dar asistencia sanitaria. Han de estar cubiertas necesidades de asesoría jurídica, eventualidad de alimentación y tareas domésticas. (Tabla 35).

En conjunto se trata de mantener a la población en el medio extra-hospitalario con una adecuada autonomía e independencia. Así como prestar alternativas a largas estancias hospitalarias, algunas que se prolongan en tanto vive el individuo.



NIVELES GRADUADOS DE ASISTENCIA

RESUMEN

NIVELES GRADUADOS DE ASISTENCIA. RESUMEN

Es realmente difícil sustraerse a presentar un cuadro general de distintos niveles asistenciales, en donde se recojan alternativas y niveles intermedios a los actualmente existentes (Tabla 36).

No se trata de plantear un cuadro exhaustivo ya que probablemente existen muchas otras posibilidades en función de las necesidades e imaginación de cada centro. Ni tampoco, ni muchos menos que se postule que hayan de emplearse todas en un mismo centro.

El grado de mayor intensidad en la respuesta asistencial viene representado por las áreas de alta vigilancia, en las que se distingue la Sala de Reanimación con directa vinculación con el quirófano de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Estas pueden ser monográficas o generales.

El Nivel Intermedio de Asistencia (NIH) viene representado por las unidades de semi-intensivos con clara vinculación a las UCis, los cuidados intermedios (CIM), como áreas independientes y el aumento de vigilancia en las áreas de Hospitalización Convencional (HC), en forma de los ingresados de alto riesgo.

En la HC, además de contemplarse estos ingresados susceptibles de desarrollar mayor morbilidad, se considera atención particularizada para ingresados crónicos, terminales y personas de edad avanzada (PEA), sin olvidar la necesidad de desarrollar alternativas (hospitales de crónicos y cuidados programados a domicilio).

Para una previsión de estancia breve se programan las Unidades de Estancia Corta (UEC), cuyos ingresos proceden en buena parte del área de urgencias. (UCIAS). Completan, además de UCIAS, los Servicios Externos (SE), el Hospital de Día (HD), la Consulta Externa Hospitalaria y la Cirugía Ambulatoria.

Ya en el campo de la asistencia primaria habrá que distinguir muy bien las urgencias domiciliarias de los cuidados programados a domicilio, encomendados claramente a la Asistencia Primaria, en sustitución de la llamada Hospitalización a domicilio (Tabla 36).

NIVELES GRADUADOS DE ASISTENCIA. CUADRO GENERAL

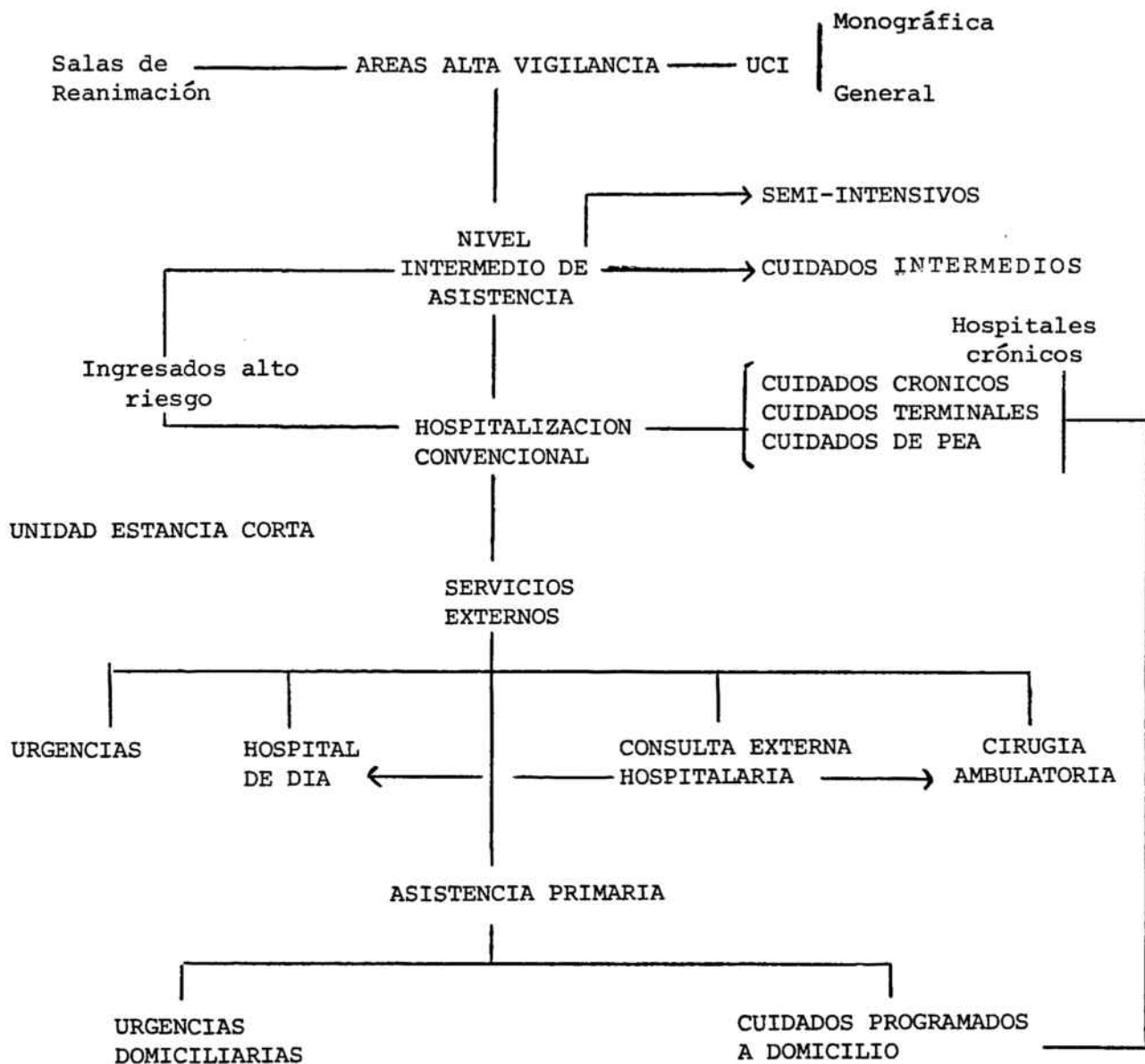


Tabla 36

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL Y METODOS

Para la demostración de la hipótesis (Tabla 3) se propone un trabajo de campo basado en la revisión de 400 casos atendidos en CEH y 250 en régimen de HC.

nivel estudiado	nivel alternativo
CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA	ASISTENCIA PRIMARIA
HOSPITALIZACION CONVENCIONAL	UNIDAD ESTANCIA CORTA HOSPITAL DE DIA CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA
Niveles alternativos a CEH y HC	
Tabla 3 (repet)	

MATERIAL

Los 400 casos de CEM fueron atendidos por la misma persona y sin otra selección que la cronología de presentación, en un intervalo de tiempo comprendido entre noviembre de 1981 y junio de 1984.

Acudieron a CEH por iniciativa propia el 19,5%, mientras que por indicación de otros médicos el 80,5%.

Los 250 ingresados corresponden a casos atendidos y dados de alta de enero a octubre de 1984, por parte de todo el Servicio de Medicina Interna del Hospital del Sagrado Corazón.

Hospital de tamaño medio, tanto en tamaño como en tecnología. Situado en el barrio barcelonés de l'Esquerra de l'Eixample, en un solar de 9,154 m² y con una superficie construida de 15.738 m² y 424 camas.^{61,122} Considerado de nivel II.^{122,123}

Se plantea la revisión en un hospital de nivel medio al considerar que la asistencia en niveles alternativos tiene mayor aplicación en este tipo intermedio de hospitales. En hospitales menores, una excesiva compartimentación podría resultar ineficaz y en hospitales de tamaño mayor y de mayor complejidad, antes que la reforma en niveles graduados de intensidad, se ha de definir cual es realmente su misión, sus relaciones con los hospitales de los que es centro de referencia, descentralizarse, descargando en ellos los casos que no requieran excesiva tecnología propia del nivel III.¹²²

En cualquier caso y, a pesar de aceptar por completo que las experiencias son difícilmente transportables a ámbitos distintos a donde se han ideado, cabe considerar si los resultados alcanzables en la presente revisión tienen algún tipo de representatividad.

HOSPITALES DE CARACTER GENERAL DE NIVEL II EN BARCELONA

H. Creu Roja	292 camas
H. Mar	400 "
H. Aliança	623 "
H. St.Rafael	204 "
H. Sagrat Cor	424 "
H. Esperança	300 "
H. I. Policlínic	174 "

Tabla 37

Comparando el H. Sagrat Cor, donde se ha realizado la revisión, con el resto de hospitales generales de nivel II de Barcelona, que aparecen en el Despliegamiento del Mapa Sanitari de la Generalitat de Catalunya,¹²² resulta que todos ellos son centros concertados, cuyo tamaño oscila entre

las 300 y 400 camas, exceptuando I. Policlínico por debajo de H. Aliança por arriba (Tabla 37). Todos cuentan con CEH y UCIAS, si bien únicamente constituye cabecera de zona de urgencias el Hospital del Mar.

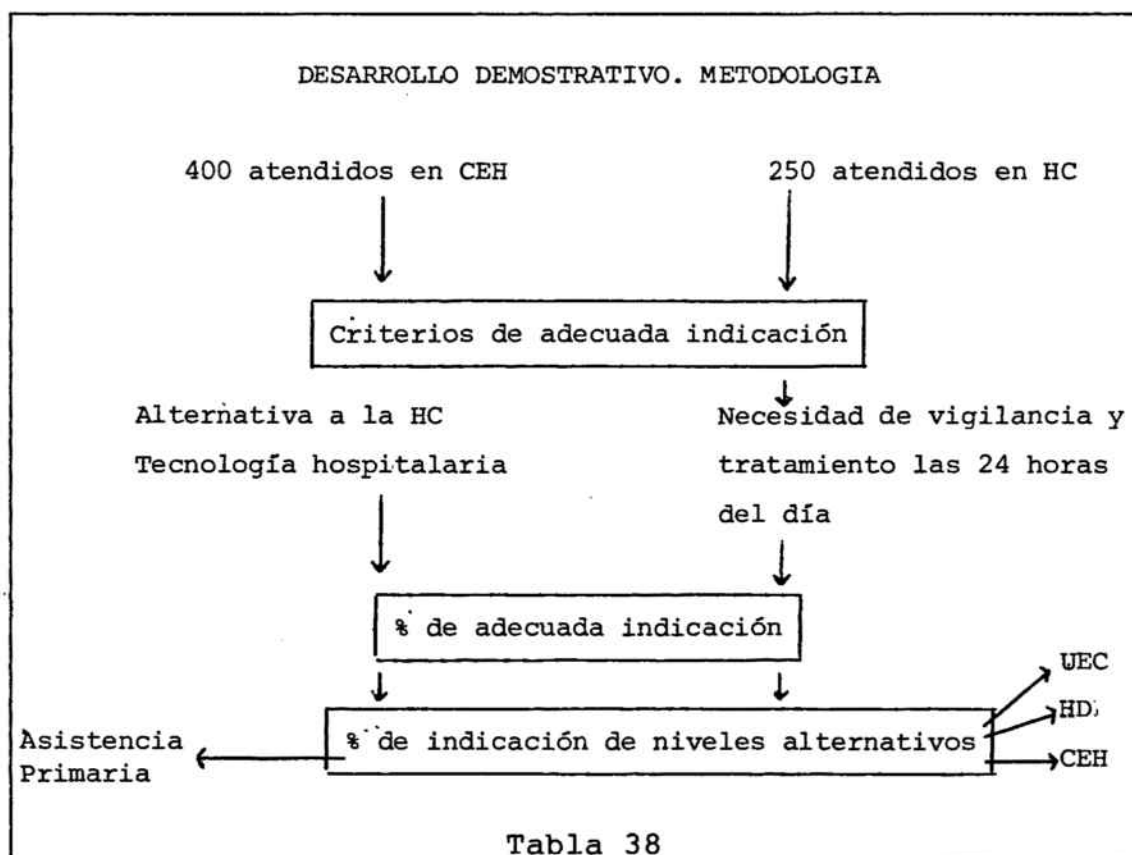
Existen, por tanto, notables analogías.

M E T O D O

METODO

El objetivo de la revisión es averiguar cuantos de los casos atendidos en CEH podían haber sido visitados en el ámbito de la Asistencia Primaria. Y cuantos de los ingresados en áreas de HC, haber sido destinados a Unidades de Estancia Corta (UEC) o atendidos en régimen de Hospital de Día (HD) o de CEH.

De obtener porcentajes elevados se puede convenir que las formas propuestas de Asistencia Primaria, y de UEC, HD y CEH son susceptibles de desarrollo, generalizándose su utilización, al constituir alternativa a formas de asistencia más costosas más complejas y más agresivas. (Tabla 38).



Para realizar la revisión ha sido preciso elaborar criterios de adecuada indicación de CEH y HC.

No es tarea sencilla asignarles criterios. Máxime, teniendo en cuenta que cuando se realiza la elección de nivel asistencial, la mayoría de las veces, no suele conocerse el diagnóstico de certeza ni cual va a ser la evolución del proceso.

CRITERIOS DE ADECUADA INDICACION
DE CONSULTA EXTERNA

CRITERIOS DE ADECUADA INDICACION DE CONSULTA EXTERNA

La CEH se considera indicada cuando su utilización evita o acorta la hospitalización y cuando permite el uso de tecnología propia del medio hospitalario, sin recurrir a la hospitalización.

En UCIAS, la posibilidad de remitir casos a UEC, puede obviar la hospitalización (alternativa total).

En el área de UCIAS se plantean problemas habitualmente instaurados en breve espacio de tiempo, en individuos a quienes, la mayoría de los casos, no se les conoce previamente. En un contexto de ansiedad, condicionado por las demandas de asistencia, no siempre adecuadas, de la población.

En ese ámbito, la decisión es comprometedora lo que ocasiona, en parte, que el ingreso a través de urgencias sea mucho más elevado que a través del régimen de visitas programadas.

La posibilidad de diferir la urgencia, plantear un determinado tratamiento o normas, con ulterior control en la CEH, puede evitar la hospitalización.

La disminución de la estancia hospitalaria -alternativa parcial- puede plantearse a partir de los primeros días o de los últimos. En los primeros a base de realizar en CEH el máximo posible de exploraciones complementarias. En los últimos días de internamiento, mediante la posibilidad de adelantar el alta ante la posibilidad de seguir la evolución en la CEH.

CEH: como alternativa a la HC					
Total: procedencia de urgencias					
Parcial:	<table style="border: none;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td>consulta previa al ingreso</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td>consulta post-hospitalización</td> </tr> </table>	{	consulta previa al ingreso	}	consulta post-hospitalización
{	consulta previa al ingreso				
}	consulta post-hospitalización				
Tabla 39					

Así pues, la CEH está bien indicada -como alternativa a la HC- cuando recibe casos procedentes de urgencias y antes o después del ingreso (Tabla 39).

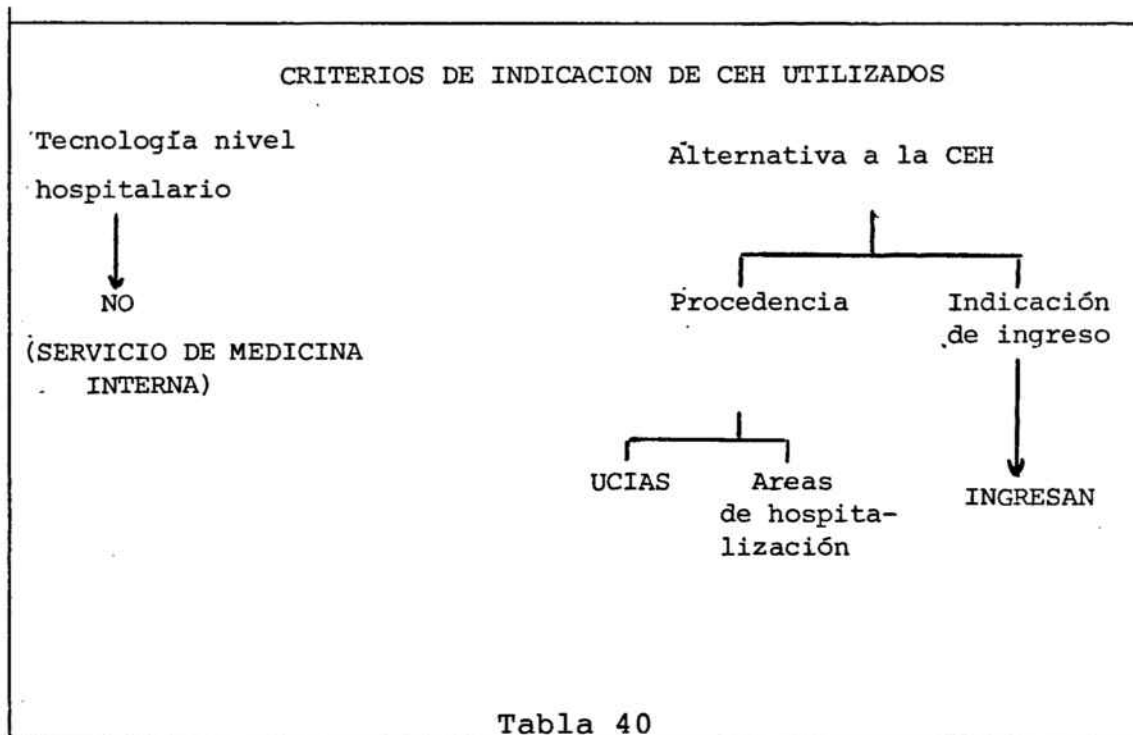
Podría precisarse que no todos los casos procedentes de urgencias tienen entidad suficiente para constituir materia de CEH. Sin embargo, en este trabajo, se ha aceptado como adecuada indicación de CEH la procedencia de UCIAS,

al considerarse que el profesional no ha de verse limitado en una herramienta -dirigir los casos a CEH cuando se plantea alternativas a los muchos más costosos ingresos innecesarios.

El segundo gran apartado de indicación de CEH es el que se desprende de ser ámbito a partir del cual se puede acceder a técnicas que por su complejidad, coste o reducida utilización no queda justificada su dispersión, habiéndose dado la concentración en el medio hospitalario.

Sin embargo, dado que este estudio se ha realizado en un Servicio de Medicina Interna, este capítulo no ha generado indicaciones dado que en este tipo de Servicios no existen técnicas propias, específicas de ámbito hospitalario.

De esta forma, los criterios utilizados en la presente revisión (Tabla 40) se han reducido a los que constituyen alternativa a la hospitalización, si bien, hay que tener presente que, en general, las indicaciones son más amplias. (Tabla 41).



INDICACIONES DE LA CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA

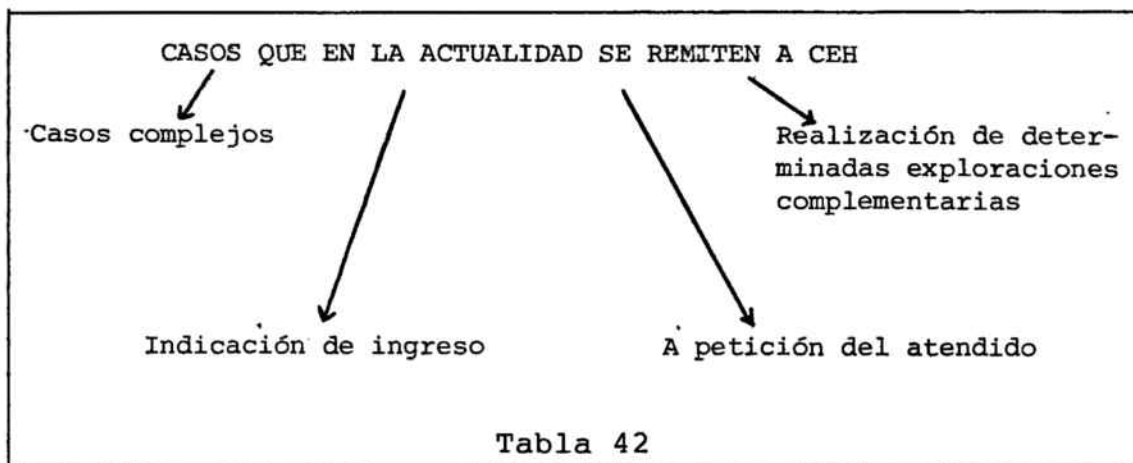
- 1) Alternativa a la hospitalización
 - Drenaje de urgencias
 - Consulta previa al ingreso
 - Control post-hospitalización
- 2) Técnicas de no justificada dispersión

Tabla 41

De los 400 casos revisados, se han considerado bien indicados los procedentes de UCIAS y las áreas de hospitalización y los remitidos previamente a ser ingresados (Tabla 39).

Todos aquellos casos que no procedían de urgencias, ni de las áreas de hospitalización y que no requerían ingreso hospitalario, se han considerado que no eran indicación de CEH. Que debía ser atendidos en el seno de la asistencia primaria.

No se han aceptado, por tanto, algunos de los criterios, por los que, en la actualidad, se remiten casos a CEH y que hacen referencia al actual estado de la asistencia primaria (Tabla 41).



Los Centros de Asistencia Primaria (CAP), al ser menos complejos y más numerosos, pueden estar más próximos de la población. Físicamente, en cuanto a espacio y tiempo, y también organizativamente. Son más accesibles.

Implican una asistencia menos costosa, al poder evitar, mediante un mejor conocimiento del individuo, su hábitat sus circunstancias, la realización de exploraciones complementarias y formas más complejas de asistencia (Tabla 43).

Las ventajas de la CEH se desprenden de formar parte del establecimiento hospitalario. Pueden beneficiarse de su tecnología, de sus posibilidades para acceder a la hospitalización y de ser medio donde se relacionan los profesionales del hospital, con el personal que no se halla hospitalizado.

Constituyen éstas las ventajas estructurales y a las que hacen referencia las indicaciones de CEH.

Existen otras ventajas, pero debidas, no tanto a peculiaridades de la CEH sino a limitaciones de las consultas de asistencia primaria.

En la actualidad, no existe, en asistencia primaria, trabajo en equipo. A menudo el profesional no está sufi-

cientemente reciclado y la relación tiempo/consulta es exigua (Tabla 43).

DISTINTAS VENTAJAS DE ASISTENCIA PRIMARIA Y CEH ^{16,17,20,21,112}	
ASISTENCIA PRIMARIA	CONSULTA EXTRAHOSPITALARIA
Proximidad	- Estructurales
Accesibilidad	Infraestructura hospitalaria
Economía	Introducción a la hospitalizac.
	Continuidad en la asistencia
	del equipo que habitualmente se dedica al ámbito hospitalario.
	- Coyunturales
	Competencia profesional
	Trabajo en equipo
	Aceptable relación tiempo/consulta.

Tabla 43

En cambio, estos aspectos, se hallan habitualmente solucionados en el ámbito de la CEH. Existe un equipo con el que consultar los casos complejos y organizar el trabajo. Es mejor la preparación del profesional hacia los problemas con los que se enfrenta y el espacio de tiempo dedicado a las visitas -30 minutos para una primera visita, quince minutos para una segunda⁹⁷ - es mucho más racional

que en los CAP.

Todo ello hace que a las ventajas estructurales de la CEH se hayan sumado indicaciones subsidiarias, debido, fundamentalmente, a que la asistencia primaria no asume adecuadamente sus prestaciones.

Así (Tabla 42) no habrían de ser los casos complejos, los que se remitieran al ámbito de la CEH, sino que deberían ser los consultores, los distintos especialistas, quienes se desplazaran a los CAP, para asesorar a los médicos de asistencia primaria en casos difíciles y en la adopción de nuevas técnicas y actitudes terapéuticas.

Ha de recurrirse al hospital solo para técnicas y exploraciones complementarias, complejas o de escasa demanda. Dentro de la asistencia primaria han de darse las explotaciones complementarias habituales con adecuada calidad y en un plazo de tiempo razonable.^{148,149}

Acudir a CEH a petición del individuo es un hecho que dificulta la planificación de los servicios sanitarios. Si bien, es comprensible. La población no es ajena al desfase entre asistencia primaria y hospitalaria.

Consciente de ello, demanda progresivamente cuidados hospitalarios porque sabe que va a contar con mayor rigor, está generalizada la asistencia de historiales y documentación clínica y hay mayor facilidad para la práctica de exploraciones complementarias. Sabe, que en los hospitales se le va a dedicar más tiempo.

Sin embargo, no se consigue mejorar la Asistencia Primaria atribuyendo a la CEH funciones sustitutivas.

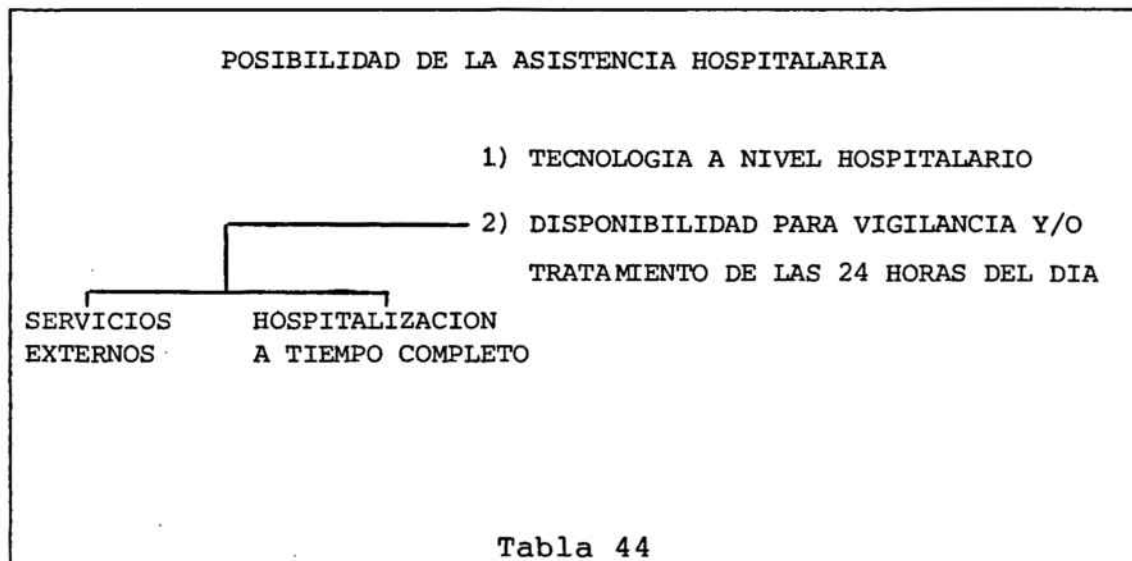
CRITERIOS DE ADECUADA INDICACION
DE HOSPITALIZACION CONVENCIONAL



CRITERIOS DE ADECUADA INDICACION DE HOSPITALIZACION

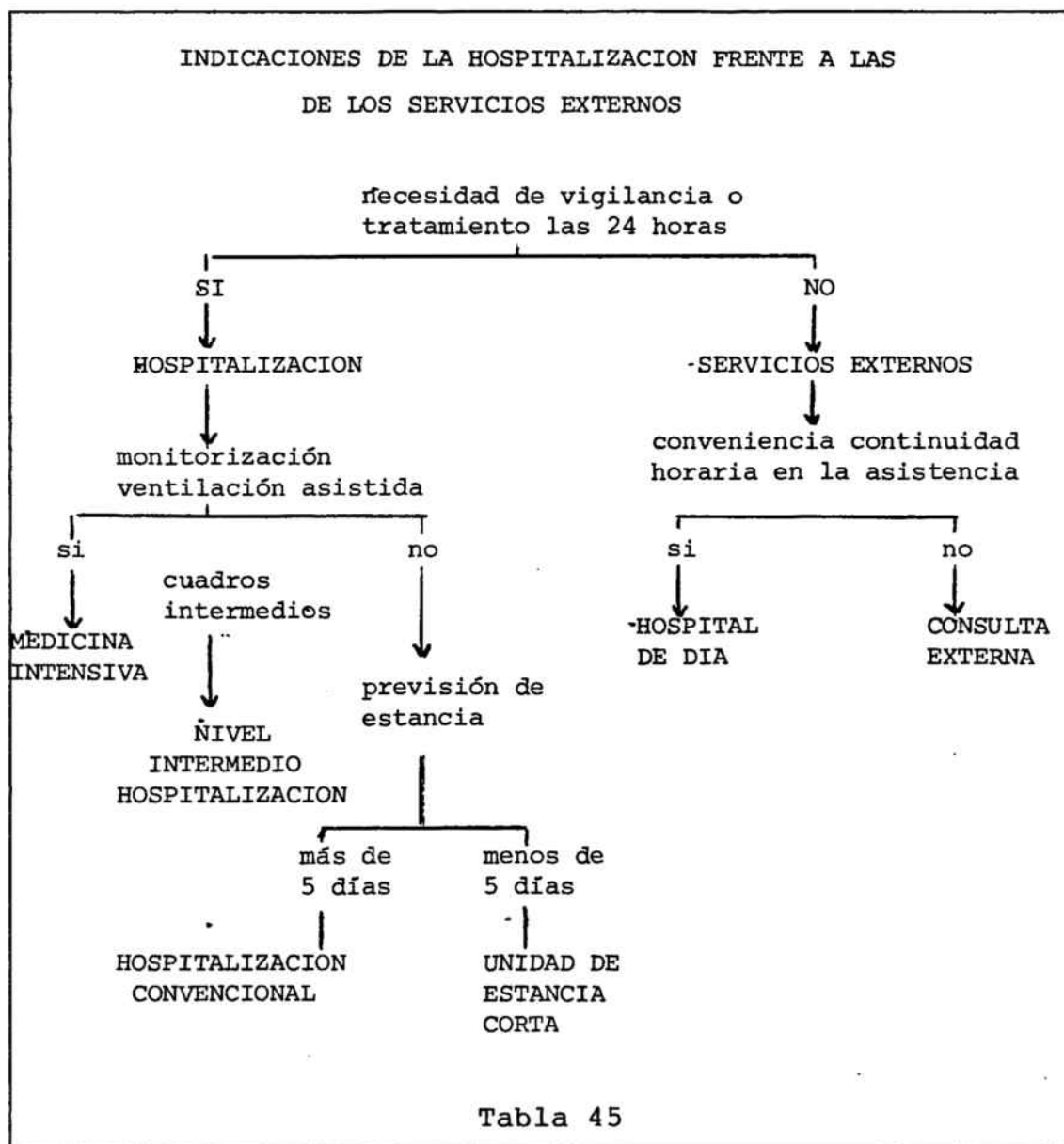
CONVENCIONAL

El individuo que acude al hospital se beneficia de su tecnología y posibilidad de prestar servicios las 24 horas del día. Sin embargo, lo que condiciona la elección de la fórmula de hospitalización es la necesidad de atenciones a lo largo de todo el día, ya que a la tecnología hospitalaria se puede acceder también a partir de la CEH (Tabla 44).



La presente revisión va dedicada a extraer del total de 250 casos aquellos que, precisando cuidados hospitalarios, su previsión podía haber sido inferior a 5 días -

indicación de UEC- y también aquellos que podían haber sido atendidos en servicios externos (HD y CEH) Tabla 45).



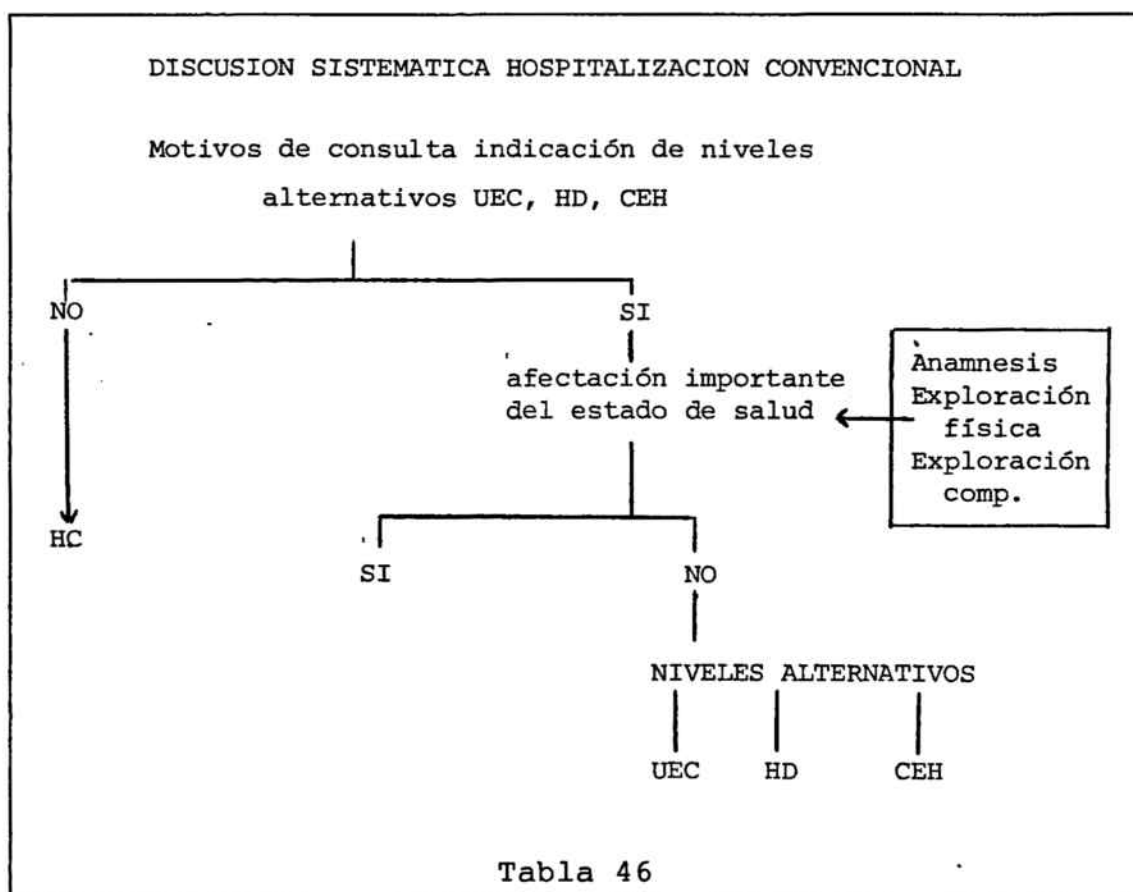
En este estudio se plantea que, a partir del motivo de consulta, se podían haber dirigido numerosos casos a áreas distintas a las de la hospitalización convencional. De existir niveles alternativos y un distinto entrenamiento de los profesionales,⁹ basado en una menor disposición a ingresar.

La sistemática seguida ha sido elaborar un listado de motivos de consulta, indicación de cada nivel alternativo. (Tabla 46). Los casos cuyo motivo de consulta no figuraba en este listado, se destinaban a HC.

De los casos indicación de niveles alternativos se han descartado aquellos que a la valoración de la anamnesis, exploración física e iniciales exploraciones complementarias se constataba una afectación importante de su estado general, destinándose, estos casos, asimismo, a HAC. (Tabla 46).

Los resultantes, aquellos cuyo motivo de consulta era susceptible de nivel alternativo de asistencia y la anamnesis, exploración física y exploraciones complementarias al momento de la elección de nivel asistencial, no hacían presumible una importante afectación del estado de salud,

han sido considerados como casos de inadecuada indicación de hospitalización convencional.



La indicación de Hc aparece por tanto, por exclusión de motivos de consulta propios de niveles alternativo, con estado general bien conservado.

La UEC se ha considerado válida tanto para observación como tratamiento. Dentro del capítulo de observación (Tabla

47), algunos motivos de consulta se consideran, típicamente propios de UEC. Como por ejemplo la observación tras conmoción cerebral recuperada o ingesta masiva de fármacos.

En otras circunstancias la indicación de UEC la da la pérsistencia de una situación aguda. La necesidad de observación prolongada, que rebasa la indicación de las áreas de urgencia. También, la presistencia de sintomatología que sin revestir, riesgo para la persona, no hace recomendable el alta a domicilio. (Tabla 47).

En el capítulo de tratamiento, procesos habitualmente reversibles en el plazo de escasos días o de morbilidad cambiante, que no queda patente, sí habrán de ser destinados a CEH, HC o incluso áreas de vigilancia.

Se ha considerado para Hd, únicamente el estudio de HTA, no maligna ni aguda,^{99,100} así como de casos extremos de obesidad y el tratamiento con citostáticos.⁹⁸

Para CEH, procesos "en estudio", que habitualmente se ingresan más que por la existencia de factores de riesgo, por la propia comodidad del profesional o del atendido. Procesos de larga evolución o escasa morbilidad (Tabla 48).

MOTIVOS DE CONSULTA SUGESTIVOS DE ASISTENCIA EN
ALGUNO DE LOS NIVELES ALTERNATIVOS A LA HOSPITALIZACION
CONVENCIONAL

UEC	Observación	<ul style="list-style-type: none"> - indicación clara por el mismo motivo de la consulta - post-traumatismo: conmoción cerebral recuperada, traumatismo craneal, facial, torácico, abdominal, lumbar con hematuria - ingesta masiva de fármacos - observación prolongada - dolor abdominal - cefalea - síncope - síndrome febril - persistencia sintomatología que ha motivo la consulta - síndrome emético - síndrome vertiginoso-inestabilidad - ansiedad, agitación psico-motriz
	Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> cólico nefrítico asma bronquial hiperglucemia HTA alteraciones equilibrio-hidroelectrolítico dolor óseo, neuralgias encefalopatía hepática
HD	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico { HTA { Obesidad Tratamiento: Citostático 	<ul style="list-style-type: none"> SINTOMAS SIGNOS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS
CEH	<ul style="list-style-type: none"> procesos "en estudio" sin afectación estado general 	
	<ul style="list-style-type: none"> procesos de larga evolución . procesos de escasa morbilidad 	

Tabla 47

MOTIVOS DE CONSULTA INDICACION DE CEH

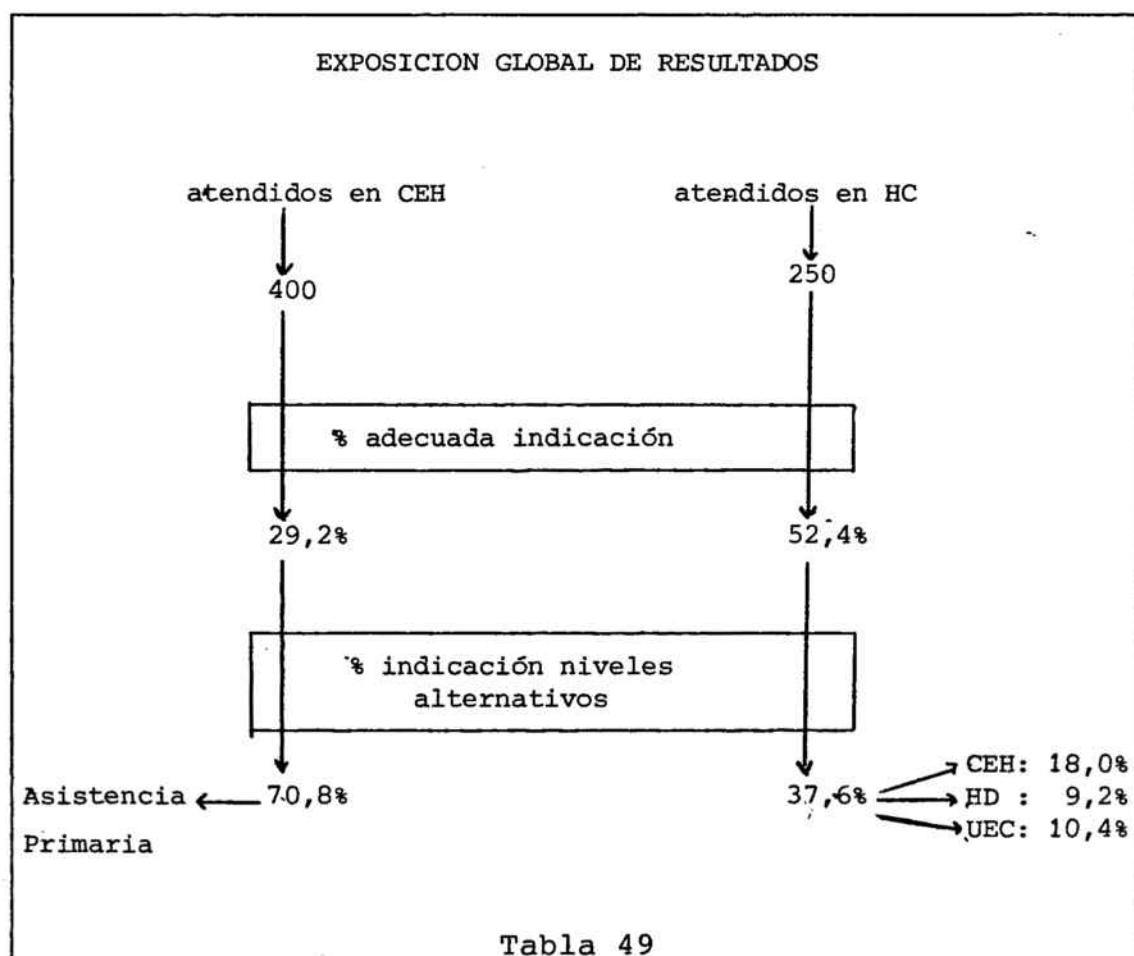
"en estudio"	síntomas	<ul style="list-style-type: none"> astenia, anorexia, pérdida de peso hemoptisis cefalea disuria prurito febrícula disnea edemas
	signos	<ul style="list-style-type: none"> hepatomegalia estigmas hepáticos alteraciones cutáneas distensión abdominal sin íleo, ni ascitis edemas maleolares
	alteraciones en exploraciones complementarias	<ul style="list-style-type: none"> radiológicas inespecíficas analíticas <ul style="list-style-type: none"> alteración biología hepática sin indicación de biopsia anemia (bien tolerada)
larga evolución		<ul style="list-style-type: none"> Dolor torácico de larga evolución Dolor abdominal de larga evolución Hepatitis, pancreatitis crónica S. de Raynaud
escasa morbilidad	<ul style="list-style-type: none"> infecciones locales alergia, urticaria artralgias inestabilidad/síndrome vertiginoso agitación 	

Tabla 48

RESULTADOS

RESULTADOS

Con los criterios propuestos de adecuada indicación de CEH y HC se revisan dos series atendidos en estos dos niveles.



De los resultados obtenidos aparece que el 70% de los casos de CEH podían haberse atendido en asistencia primaria

y el 38% de los hospitalizados en regímenes alternativos de CEH, HD, UEC (Tabla 49).

Resultados que es interesante valorarlos de forma pormenorizada.

Los 400 casos de CEH generan un total de 819 problemas de salud, sistematizados en 57 grupos tipo. (Tabla 50). La relación problema/consultante ha sido de 2,0. Es decir cada individuo ha consultado dos problemas de salud por término medio.

El capítulo que más consultas ha ocasionado -hay que recordar que la revisión se ha realizado en el seno de un Servicio de Medicina Interno-ha sido uno amplio de carácter general, en el que se recogían entre otros síntomas, astenia, anorexia, pérdida de peso, febrícula, signos como adenomegalias y alteraciones de pruebas de laboratorio como elevación de la VSG (Tabla 51).

Dentro de las especialidades concretas, la que ha dado lugar a más motivos de consulta ha sido endocrinología, al englobar el numeroso apartado de obesidad. Es también notable la incidencia de artralgias (Tabla 51).

MOTIVOS DE CONSULTA POR ESPECIALIDADES EN CEH

Número de consultantes revisados: 400 Total de problemas de salud consultados: 819
 Relación problemas de salud/consultantes: 2,0 Sistematización de problemas de salud: 57 grupos

1) General	142	9
2) A. Respiratorio	74	5
3) A. Circulatorio	72	3
4) A. Digestivo	115	11
5) Sistema nervioso	104	4
6) A. Locomotor	111	1
7) Endocrino	140	4
8) A. Genito-urinario	14	2
9) Dermatología	16	4
10) Hematología	20	5
11) Miscelánea	11	9
	<u>819</u>	<u>57</u>

Tabla 50

CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA: MOTIVOS DE CONSULTA DESGLOSADOS

número de casos revisados: 400

1 GENERAL	n ^o	2) A. RESPIRATORIO	n ^o	3) A. CIRCULATORIO	n ^o
1 Adenomegalias	13	1 Disnea	42	1 HTA	45
2 Astenia	44	2 Tos	23	2 Dolor torácico	26
3 Anorexia	14	3 Rinitis	5	3 Taquicardia	1
4 Pérdida de peso	16	4 Hemoptisis	3	<u>3</u>	<u>72</u>
5 Fiebre	17	5 Nódulo pulmonar	1	5) SISTEMA NERVIOSO	
6 Febrícula	13	<u>5</u>	<u>74</u>	1 Cefalea	52
7 Edemas	13	4) A. DIGESTIVO	n ^o	2 Vertigo-inest.	35
8 Pre-op	3	1 Pirosis	9	3 Síncope	13
9 Aumento de VSG	9	2 HDA	5	4 AVC	4
<u>9</u>	<u>142</u>	3 Dolor abdominal	18	<u>4</u>	<u>104</u>
8) GENITO-URINARIO		4 Constipación	12	6) A. LOCOMOTOR	
1 Disuria-I. urin.	10	5 Diarrea	4	1 Artralgias	111
2 Cólico nefrítico	4	6 Náuseas	7	7) ENDOCRINO	
<u>2</u>	<u>14</u>	7 Dolor CSD	25	1 Obesidad	92
9) DERMATOLOGIA		8 Dolor FID	4	2 HLP	26
1 Eritema nodoso	2	9 Alt. biolog. hep.	26	3 Hiperuricemia	6
2 Prurito	4	10 Rectorragia	4	4 Hiperglucemia	16
3 Alopecia	6	11 Disfagia	1	<u>4</u>	<u>140</u>
4 Urticaria	4		<u>115</u>		
<u>4</u>	<u>16</u>				

10) HEMATOLOGIA	n ^o	11) MISCELANEA	n ^o
1 Anemia	13	1 Epistaxis	1
2 Leucocitosis	2	2 Cuidados gen. embarazo	1
3 Linfocitosis	1	3 Cuidados terminales	1
4 Plaquetopenia	3	4 Desorientación	1
5 Pancitopenia	1	5 Control epidemiológico	2
<u>5</u>	<u>20</u>	6 Temblor	1
		7 Ingesta de tóxico	1
		8 Agitación psicomotriz	1
		9 Revisión	2
		<u>9</u>	<u>11</u>

Tabla 51 (cont.)

Resulta interesante estudiar los motivos de consulta por que contribuyen a perfilar los rasgos que deben configurar la formación del médico general o del médico internista general.^{124,136}

En cuanto a la procedencia, la forma mayoritaria de acudir a CEH ha sido a través de la indicación de otros médicos, 80% frente un 20% que ha acudido por iniciativa propia (Tabla 52).

PROCEDENCIA DE LOS ATENDIDOS EN CEH			
		HOSPITALIZACION	64 16,0%
		UCIAS	35 8,7%
	↑	áreas concretas del hospital	
REMITIDOS: 323	→	80,5%	
	↓	otros médicos:	223 55,8%
INICIACION PROPIA:	78	19,5%	

Tabla 52

Más de la mitad de los casos, 55,8% proviene de la visita previa por médicos no pertenecientes al hospital. En tanto que 24,7% procede de áreas concretas del hospital, UCIAS y hospitalización.

INDICACIONES DE LA CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA

- 1) Alternativa a la hospitalización
 - Drenaje de urgencias
 - Consulta previa al ingreso
 - Control post-hospitalización
- 2) Técnicas de no justificada dispersión

Tabla 41 (Repetición)

Dado que no se han considerado técnicas del Servicio donde se ha realizado el estudio -Medicina Interna-, específicas para el ámbito hospitalario, las indicaciones (Tabla 41) han quedado reducidas al apartado de alternativa de la hospitalización (Tabla 53).

De esta forma, 35 casos procedentes de urgencias, 18 remitidos a CEH con adecuada indicación de hospitalización y 64 procedentes de áreas de hospitalización, constituyen los 117 casos, adecuadamente indicados para CEH.

El porcentaje de adecuada indicación es bajo, 29,2%, pero podría serlo aún más de no haber aceptado como indica-

cación adecuada de CEH, la procedencia de HC y UCIAS sin introducir en esos subgrupos nuevos elementos condicionantes sobre su indicación para CEH.

ADECUADA INDICACION DE CEH			
Total: 400			
		Drenaje de urgencias: 35	8,7%
Bien indicados:117	29,2%	Consulta previa a hospitalización: 18	4,5%
		Post-hospitalización: 64	16,0%
Tabla 53			

Prescindiendo de estas áreas de automática indicación y tomando el subgrupo más significativo, el constituido por los individuos que acuden directamente a CEH, como primera forma de contacto con el hospital los resultados de adecuada indicación realmente son más bajos, 5,9% (Tabla 49).

Del grupo que acude por iniciativa propia, de 78 tan sólo ingresan 3. De los remitidos por otros médicos ingresan 15, el 6,7%, casi el doble, con valores totalmente fiables del intervalo de confianza de la proporción a un nivel

de confianza del 95% (Tabla 54).

COMPARACION INICIATIVA PROPIA/REMITIDOS OTROS MEDICOS					
		casos	Procedencia	Ingresan	%
		78	iniciativa propia	3	3,8
Remitidos direc- tamente a CEH	301	223	remitidos otros médicos	15	6,7

Tabla 54

Con lo que cabe valorar que mejora con mucho la indicación de CEH si previamente ha existido visita previa de médicos de asistencia primaria.

COMPARACION TOTAL/SUBGRUPO DIRIGIDO DIRECTAMENTE A CEH					
TOTAL	400	Adecuada indicación		117	29,2%
Subgrupo dirigido directamente	301	"	"	18	5,9%

Tabla 55

El repaso de los casos considerados correctamente remitidos a CEH, muestra que 18 fueron admitidos para ingreso (Tabla 52). De ellos, 6 presentaban procesos que hacía conveniente la vigilancia las 24 horas del día (Tabla 53). En los otros 12, la hospitalización fue para instaurar inmediato tratamiento.

Procedentes de UCIAS se atendieron 35 casos (Tabla 50). Se recurrió a esta sistemática de derivar casos de UCIAS a CEH cuando cabía valorar los efectos de una determinada terapéutica -por ejemplo tratamiento hipotensor- y también cuando descartado un proceso de gravedad se quería confirmar tal aspecto a través de la evolución: síndromes febriles, dolor abdominal, etc. (Tabla 51).

Los casos atendidos en CEH procedentes de hospitalización presentan enorme pluralidad de motivos de consulta y diagnóstico (Tabla 54), debido a que se recurre a la CEH a partir de la hospitalización más en función de la evolución del proceso en cuestión que a concretas indicaciones.

CONSULTA EXTERNA. CASOS PROCEDENTES DE URGENCIAS (Tabla 56)

	nº orden CE	motivo de consulta	diagnóstico
1	44	HTA	HTA esencial
2	96	Dolor abdominal	H. de hiatus
3	138	Astenia anorexia pérdida de peso	Metástasis ósea
4	184	Artralgia	Artritis aguda
5	185	Dolor fosa lumbar	Contractura muscular
6	194	S. febril	Autolimitado
7	210	Disnea	Bronquitis aguda
8	226	Diarrea	Enterocolitis
9	260	Dolor abdominal	Litiasis biliar
10	264	Inestabilidad	Arteriosclerosis
11	278	Tumor de mama	Neoplasia de mama
12	279	Odinofagia	Mononucleosis infecciosa
13	291	Polisintomatología	Arteriosclerosis cerebral
14	292	Artralgias	Artrrosis por sobrecarga (obesidad)
15	296	Disruia	Infección urinaria
16	302	Disuria	Infección urinaria
17	303	Disuria	Infección urinaria
18	304	Agitación	No organicidad
19	307	Dolor FID	Anexitis
20	311	S. febril	Neumonía
21	315	Dolor CSD	Litiasis biliar

CONSULTA EXTERNA. CASOS PROCEDENTES DE URGENCIAS (Cont.)

	nº orden CE	motivo de consulta	diagnóstico
22	318	Disruria	Infección urinaria
23	329	Adenomegalias	Mononucleosis infecciosa
24	322	HTA	HTA esencial
25	337	S. febril	Autolimitado
26	341	S. febril	Neumonía
27	352	Anemia	Hernia de hiatus
28	358	Dolor torácico	Neuro-radicalgia
29	361	Artralgias	Neuro-radicalgia
30	379	S. febril	Autolimitado
31	384	Adenomegalias	Infección post-trauma
32	386	Disuria	Infección urinaria
33	394	Edema pierna	Picadura mosquito
34	206	Artralgias	S. desaceleración
35	267	Dolor punta costado	Pleuritis

Tabla 56

CONSULTA EXTERNA. CASOS PROCEDENTES DE URGENCIAS.
CORRELACION MOTIVOS DE CONSULTA/DIAGNOSTICO

Motivo de consulta	nº casos	nº orden	diagnóstico	motivos de consulta	nº casos	nº orden	diagnóstico
HTA:	2 casos	44	HTA esencial	MISCELANEA			
		322	HTA esencial	Astenia-anorexia- pérdida de peso	1	158	Metastásis ósea
dolor abdominal:	2 casos	96	Hernia de hiatus	Dolor fosa lumbar	1	185	Contractura muscular
		260	Litiasis biliar	Disnea	1	210	Bronquitis aguda
S. febril:	4 casos	194	Autolimitado	Diarrea	1	226	Enterocolistis
		311	Neumonía	Inestabilidad	1	264	Arteriosclerosis cerebral
		341	Neumonía	Tumoración mama	1	278	Neo mama
		379	Autolimitado	Odinofagia	1	279	Mononucleosis infecciosa
Artralgias:	4 casos	184	Artritis aguda	Polisintomatología	1	291	Arteriosclerosis cerebral
		206	S. de desacele- ración (acci- dente tráfico)	Agitación	1	304	No organicidad
		292	Artrosis por so- bre peso (obesidad)	Dolor fosa ilíaca D	1	307	Anexitis
		361	Neuro-radicalalagia	Dolor cuadrante sup. D	1	315	Litiasis biliar
Adenomegalias:	2 casos	329	Adenomegalias	Anemia	1	352	Hernia de hiatus
		384	Infección post- traumatismo	Dolor torácico	1	358	Neuro-radicalalagia
				Edema	1	394	Picadura insecto
				Dolor punta costado	1	267	Pleurodinia

Tabla 57

CONSULTA EXTERNA. CONSULTA PREVIA A LA HOSPITALIZACION

RELACION DE CASOS

nº orden CE		motivo de consulta	diagnóstico
1	1	Dolor CSD	Litiasis biliar (intervención)
2	13	S. febril	Pieloflebitis
3	47	Pirosis	Ulcera g.d. (intervención)
4	56	HDA	Ulcos G.D.
5	59	Rectorragia	Diverticulosis
6	60	Nódulo pulmonar	Neoplasia pulmón
7	61	Distensión abdominal	No organicidad
8	93	Adenomegala	Tuberculosis
9	119	Disnea. Edemas	I. cardiaca
10	141	Anemia	No diagnóstico
11	169	Dolor CSD	Litiasis biliar
12	172	Naúseas	Litiasis biliar
13	199	Anemia ferropénica	Neoplasia colon
14	221	Edemas	I. cardiaca
15	236	Anemia	Neoplasia colon
16	253	Rectorragia	No diagnóstico
17	290	HTA	AVC
18	331	Astenia	Adenocarcinoma de endometrio

Tabla 58

CONSULTA PREVIA A LA HOSPITALIZACION
(Necesidad de vigilancia o tratamiento las 24 horas)
MOTIVO DE INGRESO

VIGILANCIA: 6 casos

1 Síndrome febril prolongado:	13: Piloflebitis
1 Distensión abdominal:	61: No Organicidad
4 Deterioro del estado general:	
1 Anemia:	141: No diagnóstico
1 HTA	290: AVC
1 Astenia:	331: Adenocarcinoma de endometrio
1 Nódulo pulmonar:	60: Neoplasia de pulmón

TRATAMIENTO: 12 casos

5 Médico:

2 I. cardiaca:	119,21
3 Hemorragias digestivas:	2 Rectorragias: 59 Diverticulosis
	253 No diagnóstico
1 HDA:	54 ULCUS G-D

7 Quirúrgico:

3 Litiasis biliar:	1,169,172
2 Neoplasia de colon:	199,236
1 Ulcera gastro-duodenal:	47
1 Biopsia adenomegalia:	93

Tabla 59

CONSULTA EXTERNA. CASOS POST-HOSPITALIZACION

	nº orden CE	motivo de consulta	diagnóstico
1	14	Disnea	Asma bronquial
2	18	Dolor brazo	Tromboflebitis axilar
3	28	Disnea	Bronquitis crónica. I. cardiaca
4	29	Disnea	Bronquitis crónica
5	31	Anemia ferropénica	Hernia de hiatus
6	34	S. febril	Neumonía. Diabetes Mellitus
7	35	D. cardiaca	Miocardopatía congestivo-dilatada
8	37	S. febril	Neumonía. IAM
9	38	Disnea	Asma bronquial
10	118	Dolor FID	No organicidad
11	179	Artralgias	Artritis obesidad
12	202	Artralgias	Polimialgia reumática
13	209	Disnea	I. cardiaca congestiva
14	212	Disnea	Asma bronquial
15	216	Edemas maleolares	Glomerulonefritis aguda
16	229	Anemia ferropénica	Neoplasia de colon
17	232	Plaquetopenia	Enfermedad de Werlhof
18	239	Pérdida de peso	Anorexia nerviosa
19	285	HTA	HTA esencial
20	289	Dolor abdominal	Neuro-radicalalagia
21	294	HTA	HTA esencial

CONSULTA EXTERNA. CASOS POST-HOSPITALIZADOS (Cont.) (Tabla 60)

nº orden	motivo de consulta	diagnóstico
22	S. febril	Paludismo
23	S. febril	Autolimitado
24	Tos	Adenocarcinoma pulmón
25	HTA	HTA esencial
26	Neoplasia seno priforme	Cuidados generales
27	Dolor abdominal	No filiado
28	Disnea. S. febril	Sobreinfección respiratoria
29	Dolor torácico	Hipotiroidismo
30	S. febril	I. urinaria
31	Disnea	I. cardiaca
32	Dolor abdominal	Ulcus g-d
33	Alteración biol. hep.	Hepatitis alcohólica
34	Disnea	Miocardiópatía hipertrofica abstractiva
35	Disfagia	Ingesta de tóxico
36	Síncope	Epilepsia. Obesidad
37	S. febril	Mononucleosis infecciosa
38	Cólico nefrítico	Infección urinaria
39	Dolor abdominal	Gastroenteritis
40	Edemas	Edema cíclico idiopático
41	S. febril	Infección urinaria
42	S. febril	Absceso hepático
43	Plaquetopenia	Hiperesplenismo

CONSULTA EXTERNA. CASOS POST-HOSPITALIZADOS (Cont.) (Tabla 60)

n° orden CE	motivo de consulta	diagnóstico
44	HTA	HTA esencial
45	Disnea	Infarto de miocardio. I. cardiaca
46	Plaquetopenia	Secundaria a heroína
47	HTA	HTA esencial
48	HDA	Ulcus de stress
49	HTA	HTA esencial
50	Disnea	EPOC
51	Artralgia	Artritis séptica
52	Adenomegalia	Adenitis inespecífica
53	Disnea	EPOC
54	Disnea. Edemas maleolares	Miocardiopatía congestivo
55	Artralgias	Polimialgia reumática
56	Pancitopenia	Hiperesplenismo
57	Disnea	Derrame pleural meteneumónico
58	Fiebre	Tuberculosis pulmonar
59	Anemia	Anemia refractaria leucemizada
60	HTA	HTA esencial
61	Anemia. Disnea	HDA. Asma bronquial
62	Astenia	Neoplasia de pulmón
63	Adenomegalias	Toxoplasmosis
64	VSG. Proteinuria	Esclerosis focal y segmentaria

RESULTADOS HOSPITALIZACION CONVENCIONAL

RESULTADOS HOSPITALIZACION CONVENCIONAL

Durante los 10 primeros meses de 1984 se han considerado 870 visitas en UCIAS de la órbita de MI, 9341 en CEH y 250 ingresos en el área de HC de ese mismo servicio (Tabla 61).

Procedentes de UCIAS, ingresan 76 (Tabla 56) lo que supone el 8,7% de los casos atendidos, mientras que de CEH ingresan 174, el 1,9% del total (Tabla 63).

VISITAS SERVICIOS EXTERNOS ENERO-OCTUBRE 1984 (AMBITO MEDICINA INTERNA)			
	nº visitas	ingresos	
UCIAS	870	76	8,7%
CEH	9341	174	1,9%
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	10211	250	2,4%

Tabla 63

La indicación de ingreso es susceptible mayor a partir de UCIAS que de la CEH. (Tabla 63) si bien la estancia me-

dia era similar para una u otra procedencia (Tabla 69).

PROCEDENCIA DE LOS CASOS SUSCEPTIBLES DE ASISTENCIA ALTERNATIVA A HC.							
PROCEDENCIA	nº casos		ASISTENCIA ALTERNATIVA			BIEN INDICADOS	
UCIAS	76	30,4%	14	147 estancias		64	81,6%
CEH	174	69,6%	80	998	"	94	54,0%
TOTAL	250	100,0%	94	1145		156	62,4%

Tabla 64

ESTANCIAS Y ESTANCIAS MEDIAS DE LOS CASOS CONSIDERADOS INDICACION DE ASISTENCIA ALTERNATIVA SEGUN SU PROCEDENCIA			
PROCEDENCIA	nº casos	estancias	estancia media
UCIAS	76	1360	17,9 días
CEH	174	3185	18,3 "
TOTAL	250	4545	18,2 días

Tabla 65

LISTADO GENERAL DE 250 CASOS INGRESADOS

no orden	motivo ingreso	terapéutica/diagnóstico	edad	estancias	asistencia alternativa
1	Enf. Hodgkin	Diagnóstico extensión	46	11	-
2	N. mama	Citostáticos	68	11	HD
3	Estudio imagen Rx	Normal	74	32	CE
4 U	Dolor abdominal	No organicidad	52	7	-
5	Astenia. Anorexia	Hep. alcohólica	53	3	CE
6	Adenomegalia	N. cavum	50	18	-
7	Enf. Hodgkin	Citostáticos	23	11	HD
8	S. febril	Fiebre tifoidea	26	21	-
9 U	Derrame pleural	Pleuritis inespecífica	76	10	-
10	Astenia. Anorexia	Carcinomatosis	40	37	-
	pérdida de peso	peritoneal			
11	Artralgias	Artrrosis astrágalo escafoidea	35	9	CE
12	Dolor precordial	Angor inestable	52	6	CE
	no actual (estudio)				
13 U	Disnea	I. cardiaca	72	1	-
14	Tumor abdominal	Hemangiopericitoma retroperitoneal	61	31	-
15	Disnea	I. respiratoria. Cor Pulmonale	71	10	-
16	HTA	Esencial	35	6	HD
17	Astenia. Anorexia	Hepatitis A	21	14	CE
18	Astenia	Adenocarcinoma endometrio	61	11	-

Tabla 61 (cont.)

no orden	motivo ingreso	terapéutica/diagnóstico	edad	estancias	asistencia alternativa
19	Diabetes Mellitus	Compensación	71	17	-
20 U	Hemiparesia	AVC. HTA.	83	5	-
21	Febrícula	Infección urinaria	23	9	CE
22	HTA	HTA esencial	50	23	HD
23	Ulcera pierna izq.	Osteomielitis	33	23	-
24 U	Disnea, Edemas	I. cardiaca	69	28	-
25	Astenia, Anorexia, Anemia	Hernia de Hiatus	77	16	CE
26	Fiebre	Infección urinaria	87	7	-
27	Dolor hipoc. D de larga evolución	No organicidad	53	7	CE
28 U	Inestabilidad	S. vertiginoso	71	17	-
29	Cefalea	Cefalea vascular post-traumática	79	7	CE
30	HTA	Pielonefritis	53	27	HD
31 U	Dolor abdominal	Ulcus gástrico	73	15	-
32	Neo de mama	Citostáticos	69	10	HD
33 U	Bradicardia	Hipotiroidismo	78	4	-
34 U	S. febril	TEP	67	34	-
35 U	S. febril	Infección urinaria	73	3	UEC
36 U	Disnea	Asma bronquial	52	7	-
37 U	Disnea, Edemas	Miastenia Gravis	76	43	-
38	Astenia, Anorexia pérdida de peso	N. próstata	71	28	-

Tabla 61 (cont.)

no orden	motivo ingreso	terapéutica/diagnóstico	edad	estancias	asistencia alternativa
39	Hiperglucemia	Descomp. Diabetes	62	7	UEC
40 U	Disnea	EPOC	84	3	-
41	Ascitis. Ictericia	Descomp. Cirrosis	62	39	-
42 U	Cuidados terminales	Adenoc. Arcinoma de endometrio	61	18	-
43 U	S. febril	Infección urinaria	56	10	-
44	Cólico nefrítico	Hidronefrosis	65	23	-
45	Dolor abdominal	No diagnóstico	48	28	-
46	Astenia. Anorexia	EME de Addison	61	20	-
	pérdida de peso				
47 U	S. febril	Neumonía		15	-
48	Disnea	Asma bronquial			-
49	Algias óseas	Metastasis óseas. N. mama	55	42	-
50	Algias óseas	Fractura vertebral. Osteoporosis	78	19	UEC
51	Plaquetopenia	Plaquetopenia periférica próstata	74	16	-
52 U	Dolor abdominal	Litiasis biliar. I. cardiaca	49	11	-
53 U	Disnea. Edemas	IAM. I. cardiaca	83	19	-
54 U	Astenia. Anorexia	N. próstata	75	36	-
	pérdida de peso				
55	Hemiparesia D	AVC	88	7n	-
56	S. febril	Neumonitis	48	3	-
57	Dolor abdominal. Astenia	Adenocarcinoma gastrico	56	17	-
	Anorexia. Pérdida de peso				

Tabla 61 (cont.)

no orden	motivo ingreso	terapéutica/diagnóstico	edad	estancia	asistencia alternativa
58	Dolor hombro	Periartritis	64	21	CE
59	Tos	N. tiroides. Metastasis pulmonar		8	-
60	Algias óseas	Osteoporosis. HDA	62	34	-
61	Adenomegalias	Adenitis inespecífica	21	26	-
62	Dolor torácico	Neumonía	84	62	-
63	Derrame pleural	Adenocarcinoma pulmón	61	30	-
64 U	S. febril	Neumonía basal izq.	92	18	-
65 U	S. febril	Neumonía. Plaquetopenia periférica	31	40	-
66	Ingesta masiva medicamentos	Autolisis. I. renal crónica	65	27	-
67	S. febril. Coxalgia	Pielonefritis. Protesis cadera	73	45	-
68	Dolor articular general- do	Reumatismo poliarticular	55	5	CE
69 U	S. febril	Neumonía	74	14	-
70	Síncope	Arteriosclerosis senil	74	20	UEC
71 U	Dolor lumbar	N. de mama. Derrame pleural	70	33	-
72	Dolor lumbar	Espondiloartrosis lumbar	61	11	CE
73 U	Dolor CSA	No diagnóstico	50	16	UEC
74	HTA aguda	HTA esencial	68	17	UEC
75 U	VSG, hiporproteïnemia, proteinuria, hipercolesterolemia	Esclerosis renal focal y segmentaria	62	23	-
76 U	VSG, disnea, anemia	EPOC. Anemia arregenerativa. VSG no filiada	82	20	-

Tabla 61 (cont.)

no orden	motivo ingreso	terapéutica/diagnóstico	edad	estancia	asistencia alternativa
77 U	Encefalopatía	Cirrosis hepática	53	11	-
78	HDA	Ulcus curvatura menor	77	14	-
79	Ascitis	I. cardiaca. Hepatitis crónica agresi- va. Linfoma.	78	90	-
80	Alteración biología hepática	Progresiva normalización	43	5	CE
81 U	Cuadro terminal	N. de cavum. Metástasis gen.	75	2	-
82 U	Intoxicación medicamentos	Autolisis	21	1	UEC
83	Intoxicación medicamentos	Autolisis	16	1	UEC
84	Dolor CSA	No organicidad	50	16	UEC
85	Dolor abdominal	Mesenterio común	56	20	CE
86	Infección dedo	LES más infección local	26	4	CE
87	Dolor fosa renal. der.	Adenoma hipófisis monoclonal. Gammapa- tia	66	18	-
88	Astenia. Pérdida de peso	No organicidad	64	20	CE
89	Disuria	Infección urinaria	62	11	CE
90 U	Hiperpotasemia	Yátrica. Miocardiopatía hipertrófica	64	10	UEC
91 U	S. febril	Virasis	69	10	-
92	Neo mama	Citostáticos	66	11	HD
93	S. febril	S. catarral. Polimiositis	67	22	-
94 U	S. emético	No organicidad	26	6	UEC
95 U	S. febril	Neumonía	56	6	-
96	S. Raynaud	Revisión	55	11	CE

Tabla 61 (cont.)

no orden	motivo ingreso	terapéutica/diagnóstico	edad	estancia	asistencia alternativa
97 U	Artralgias	LES	27	37	-
98	Disnea	Rinitis. Asma intrínseco	14	7	UEC
99	Hemoptisis	Neumonía	55	29	CE
100	Disnea. Edemas	I. cardiaca. Estenosis mitral	64	11	-
101	Anorexia. Astenia	Arteriosclerosis senil	85	17	-
102	Anorexia. Astenia	S. depresivo	59	14	CE
103	HTA	HTA esencial. Miocardiopatía obstructiva	49	34	HD
104 U	Disnea. Edemas	I. cardiaca. Miocardiopatía obstructiva	64	15	-
105	S. febril	I. respiratoria	88	13	-
106 U	S. febril	Bronconeumonía	71	26	-
107 U	S. febril	Mononucleosis infecciosa	24	4	UEC
108	HTA	HTA esencial	20	9	-
109	HTA	HTA esencial	50	23	HD
110	Alteración biología hepática	Hepatopatía crónica	63	15	CE
111 U	Cólico nefrítico	Tratamiento sintomático	31	6	UEC
112 U	Cuidados terminales	N. laringe	77	11	-
113 U	S. febril	Infección urinaria	86	9	-
114	Edemas maleolares	N. mama. Metástasis hepática. Trombosis cava.	50	35	-

Tabla 61 (cont.)

nº orden	motivo ingreso	terapéutica/diagnóstico	edad	estancia	asistencia alternativa
115 U	Dolor torácico. HDA	Cardiopatía isquémica. Ulcus Stress	91	11	-
116	S. febril	Mononucleosis infecciosa	22	12	UEC
117	Colostasis	N. vesícula	83	16	-
118	Dolor óseo	N. mama. Metástasis óseas	66	17	-
119	Colostasis	Litiasis biliar	81	51	-
120 U	Cuidados terminales	N vesícula. Carcinomatosis perit.	64	1	-
121	Síncopes	Bronconeumopatía crónica obstruct.	70	26	-
122	Adenomegalias	Linfoma linfocítico	53	18	-
123	Neoplasia origen desconocido	Adenocarcinoma moderadamente dif.	66	71	-
124	Alteración biología hepática	No diagnóstico	43	11	CE
125	Dolor articular	Osteoporosis	77	13	CE
126 U	S. febril	Absceso hepático	40	28	-
127	Astenia. Anorexia. Pérdida de peso	Bocio multinodular. Hipertiroidis	74	24	-
128	Febrícula	No organicidad	21	18	-
129	S. febril	Infección respiratoria	78	11	-
130	Disnea	HTA	81	8	-
131	Disnea. Edemas	Insuficiencia cardiaca congestiva	80	15	-
132	Enf. de Hodgkin	Citostáticos	23	10	HD
133	S. ansioso	No organicidad	76	11	UEC
134	N. tiroides. Metastasis pulmonar	Citostáticos	50	4	HD

Tabla 61 (cont.)

nº orden	motivo ingreso	terapéutica/diagnóstico	edad	estancia	asistencia alternativa
135	Estudio imagen Rx patología	Pleurodinia. Esclerosis pleural	75	16	-
136	Edemas maleolares	Neoplasia vejiga	67	8	-
137	Alergia medicamentos	Estudio	53	12	CE
138	Dolor pierna	S. ansioso	32	10	CE
139	Enf. Hodgkin	Citostáticos	46	11	HD
140 U	S. febril	Sepsis (úlceras)	51	9	-
141	S. febril	Fiebre autolimit.	65	7	-
142	Inestabilidad s. vertiginoso	AVC transitorio	75	24	UEC
143	Astenia. Anorexia. Perdida peso	Linfome Hodgkin	80	35	-
144	Disnea	EPOC	75	8	-
145 U	Rectorragia	No diagnóstico	81	5	-
146 U	Cólico nefrítico	Tratamiento sintomático	24	10	UEC
147	Hematuria	Nefrolitiasis	56	8	-
148	Neo mama. Met. ósea	Citostáticos	69	10	HD
149	Anemia	Divertículo esófago	78	23	CE
150	S. febril	Fiebre tifoidea	61	17	-
151	Inestabilidad/s. vertig.	Arteriosclerosis	77	16	CE
152	Insuficiencia arterial	Arteriosclerosis	69	16	HD
153	Inestabilidad/s. vertig.	I. vertebro-basilar	68	14	CE
154 U	Disnea	IRCA	67	22	-
155 U	Traumatismo facial	Contusión	80	2	UEC
156	HTA severa	HTA nefrourológica	59	23	-

Tabla 61 (cont.)

no orden	motivo ingreso	terapéutica/diagnóstico	edad	estancia	asistencia alternativa
157	Disnea	I. cardiaca	78	27	-
158	Disfalgia. Disartria. Disn.	ELA	76	27	-
159	Dolor abdominal	N. ovario. Carc. peritoneal	72	28	-
160	Afonía	N.mama.Metastasis. mediastino. Parplisis recurrente	65	15	-
161 U	Dolor punta costado tórax	Derrame metaneumonío	74	15	-
162	Nódulo mmario	N. mama	63	10	-
163	Nódulo tiroides	N. de tiroides	65	30	-
164 U	Estado terminal	Carcinosarcoma utero	69	4	-
165	Ictericia	Hepatitis A	58	13	-
166 U	S. febril	Tumor abdominal	52	35	-
167	Enf. de Hodgkin	Citostáticos	47	2	HD
168	Enf. de Hodgkin	Citostáticos	47	2	HD
169 U	S. febril	Neumonía	88	12	-
170 U	Síndrome emético	Gastroenteritis	74	52	UEC
171	Inestabilidad/s. vertig.	Obesidad. HTA	80	4	UEC
172	Disnea	Bronquitis crónica. I. cardiaca	76	34	-
173	HTA	HTA esencial	60	8	HD
174	Adenomegalia	No diagnóstico (alta voluntaria)	60	5	-
175	Dolor óseo. N. próstata	Metástasis ósea. Derrame pleural	80	23	-
176	Disnea. Tos	Tuberculosis Pulmonar	59	37	-
177	Astenia. Anorexia. Pérdida de N. vejiga	Metástasis duodenal	67	69	-

Tabla 61 (cont.)

no orden	motivo ingreso	terapéutica/diagnóstico	edad	estancia	asistencia alternativa
178	S. Raynaud	S. Raynaud profesional	49	14	CE
179	U S. febril VSG	Fiebre autolimitada	37	13	-
180	U Flebitis. Plaquetopenia	Hepatopatía crónica	67	28	-
181	U Astenia. Anorexia. Pérdida de peso. I. renal crónica	I. Renal Crónica. Traslado a Centro de diálisis	66	6	-
182	Alt. fosfatasas alcalinas	Mecrosis coxo-femoral der.	69	22	CE
183	S. vertiginoso/Inest.	I. vertebro-basilar	57	14	CE
184	HTA	HTA esencial	51	4	HD
185	Hepatoesplenomegalia	Cirrosis. Hepática. I. renal crónica	71	7	-
186	Enf. de Hodgkin	Citostáticos	47	2	HD
187	Enf. de Hodgkin	Citostáticos	47	2	HD
188	Plaquetopenia Crisis comicial	No diagnóstico (alta voluntaria)	31	3	-
189	Agitación	No organicidad	76	12	CE
190	S. febril	Mononucleosis infecciosa	15	27	-
191	Litiasis biliar	Colecistectomía	44	18	-
192	Artralgias	Artritis reumatoide	47	23	-
193	Disnea	Bronconeumonía. IRCA	79	43	-
194	Mieloma múltiple	Citostáticos	74	25	-
195	Disnea	Bronquitis aguda	80	36	-
196	S. vertiginosos	Arteriosclerosis	84	22	CE
197	Adnomegalia	Adenitis tuberculosa	18	7	-
198	S. febril	Neumonía. Neoplasia de vulva	84	47	-

Tabla 61 (cont.)

no orden	motivo ingreso	terapéutica/diagnóstico	edad estancia	asistencia alternativa
199 U	Ulceras decúbito	Cura local	84 20	-
200	Cólico nefrítico	Litiasis renal	27 6	UEC
201 U	Disnea	I. cardíaca I. cardiopatía isquémica	63 43	-
202 U	Fractura V9 metacarpiano	Intervención. I. cardíaca. Linfoma gástrico	79 97	-
203	Dolor articular	Espondiloartritis anquilopoyética	47 14	CE
204	Ileo	Litiasis biliar	80 14	-
205 U	S. febril. Disnea	EPOC	87 16	-
206	Anemia megaloblastica	Anemia perniciosa	78 17	CE
207	Fracaso renal	Poliquistosis hepato-renal	54 13	-
208	Edemas maleolares. Disnea	Miocardopatía congestivo-dilatada	59 4	CE
209 U	Edemas maleolares. Disnea	Tumor abdominal	56 24	-
210 U	S. febril. Disnea	Neumonía	54 7	-
211	S. febril	Absceso glúteo	64 9	-
212 U	Astenia. Anorexia. Pérdida peso	Neoplasia de próstata	87 18	-
213	Anemia	Adenocarcinoma gástrico	80 36	-
214	S. febril. Disnea	EPOC Cor pulmonale	79 12	-
215	Anemia	Anemia arregenerativa	66 37	-
216 U	Disnea	I. cardíaca congestiva	63 44	-
217	Dolor abdominal	Metástasis hepáticas (n. de pulmón)	73 22	-
218	Obesidad	Obesidad esencial	36 14	HD
219	Edemas manos	S. urticariforme	42 7	CE

Tabla 61 (cont.)

no orden	motivo ingreso	terapéutica/diagnóstico	edad estancia	asistencia alternativa
220 U	Trauma tismo costal	Observación	67 13	UEC
221	Disnea	Infección respiratoria	80 38	-
222	Edemas	Nefropatía glomerular	48 8	CE
223	Encefalopatía hepática	Cirrosis hepática	53 11	UEC
224	Inestabilidad/S. vertiginoso HTA. Diabetes Mellitus		53 12	CE
225 U	Metástasis hepática	Neoplasia de origen desconocido	64 19	-
226	Dolor articular	Artritis reumatoide	59 9	CE
227 U	S. febril	Neumonía	65 9	-
228	Dolor hombro	Carcinoma escamoso pulmón	80 52	-
229 U	Dolor abdominal	Litiasis biliar	68 15	UEC
230	S. febril	Autolimitado	59 7	-
231	Hemoptisis	No filiada	59 11	CE
232	Revisión diagnóstico	Pancreatitis crónica	79 24	CE
233	Anemia ferropénica	Metrorragias	40 8	CE
234	Fiebre origen desconocido	Paratífus B	45 25	-
235	Adenocarcinoma mama	Citostáticos	29 5	HD
236	HTA	HTA esencial	36 6	HD
237	Dolor articular	Artritis reumatoide	34 10	CE
238	Dolor torácico	Neumotórax espontáneo	22 12	-
239	Disfagia	Alta voluntaria	82 9	-
240 U	Oclusión intestinal	Neoplasia de colon	32 38	-
241 U	S. febril	Absceso pulmonar	74 51	-

Tabla 61 (cont.)

no orden	motivo ingreso	terapéutica/diagnóstico	edad	estancia	asistencia alternativa
242 U	Dolor lumbar	Espondiloartrosis	62	14	-
243 U	Oclusión intestinal	Neoplasia de próstata. Colitis Roéntgen	60	18	-
244	Mieloma	Tratamiento	80	45	-
245	S. febril. Disnea	Fibrosis pulmonar	73	43	-
246	Urografía patológica	Posición del útero	48	13	CE
247	Melenas	Divertículo esofágico. H. de hiatus	55	18	
		Diverticulosis cólica. Fístula anal			
248	HTA	HTA esencial	53	8	HD
249 U	Disnea	EPOC	77	8	-
250 U	Deshidratación	Arteriosclerosis	72	19	UEC

U = INGRESO PROCEDENTE DE URGENCIAS

INGRESADOS PROCEDENTES DE UCIAS

	n ^o orden	estancias	asistencia alternativa
1	4	7	-
2	9	10	-
3	13	1	-
4	20	5	-
5	24	28	-
6	28	17	-
7	31	15	-
8	33	4	-
9	34	34	-
10	35	3	UEC
11	36	7	-
12	37	43	-
13	40	3	-
14	42	18	-
15	43	10	-
16	47	15	-
17	52	11	-
18	53	19	-
19	54	36	-
20	64	18	-
21	65	40	-
22	69	14	-
23	71	33	-
24	73	16	UEC
25	75	23	-
26	76	20	-
27	77	11	-
28	81	2	-
29	82	1	UEC
30	90	10	UEC
31	91	10	-
32	94	6	UEC
33	95	6	-
34	97	37	-

Tabla 62

PROCEDENTES DE URGENCIAS (cont.)

nº orden	estancias	asistencia alternativa
35	104	-
36	106	-
37	107	UEC
38	111	UEC
39	112	-
40	113	-
41	115	-
42	120	-
43	126	-
44	140	-
45	145	-
46	146	UEC
47	154	-
48	155	UEC
49	161	-
50	164	-
51	166	-
52	169	-
53	170	UEC
54	179	-
55	180	-
56	181	-
57	199	-
58	201	-
59	202	-
60	205	-
61	209	-
62	210	-
63	212	-
64	216	-
65	220	UEC
66	225	-
67	227	-

Tabla 62

PROCEDENTES DE URGENCIAS (cont.)

	nº orden	estancias	asistencia alternativa
68	229	15	UEC
69	233	8	CE
70	234	25	-
71	240	38	-
72	241	51	-
73	242	14	-
74	243	18	-
75	249	8	-
76	250	19	UEC

Tabla 62

Al aplicar los criterios de indicación de hospitalización convencional (Tabla 45), se obtiene que

INDICACION DE LA HOSPITALIZACION FRENTE A LAS DE LOS
SERVICIOS EXTERNOS

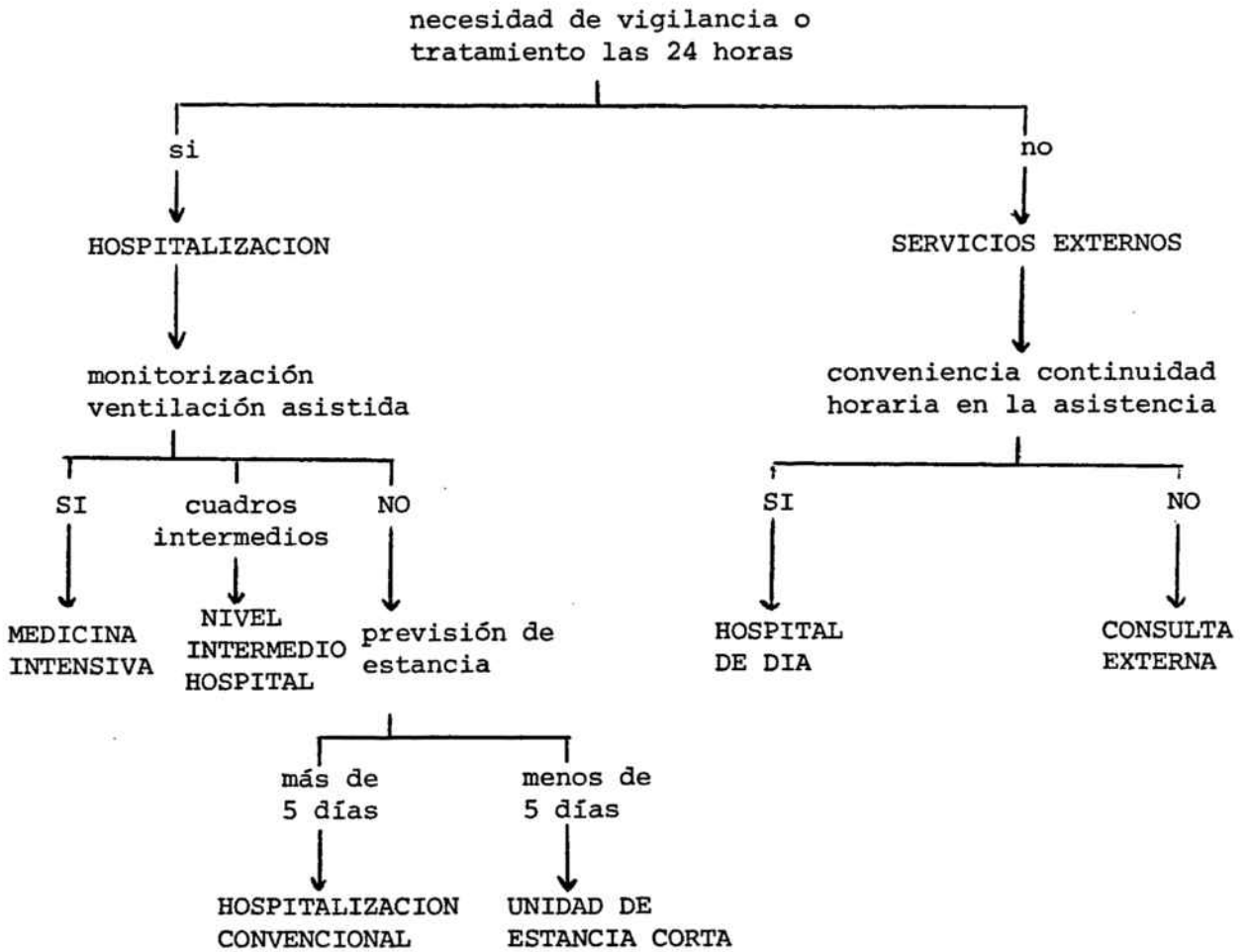


Tabla 45 (repetición)

RESULTADOS DE LA SERIE DE INDIVIDUOS INGRESADOS SEGUN
LOS CRITERIOS PLANTEADOS

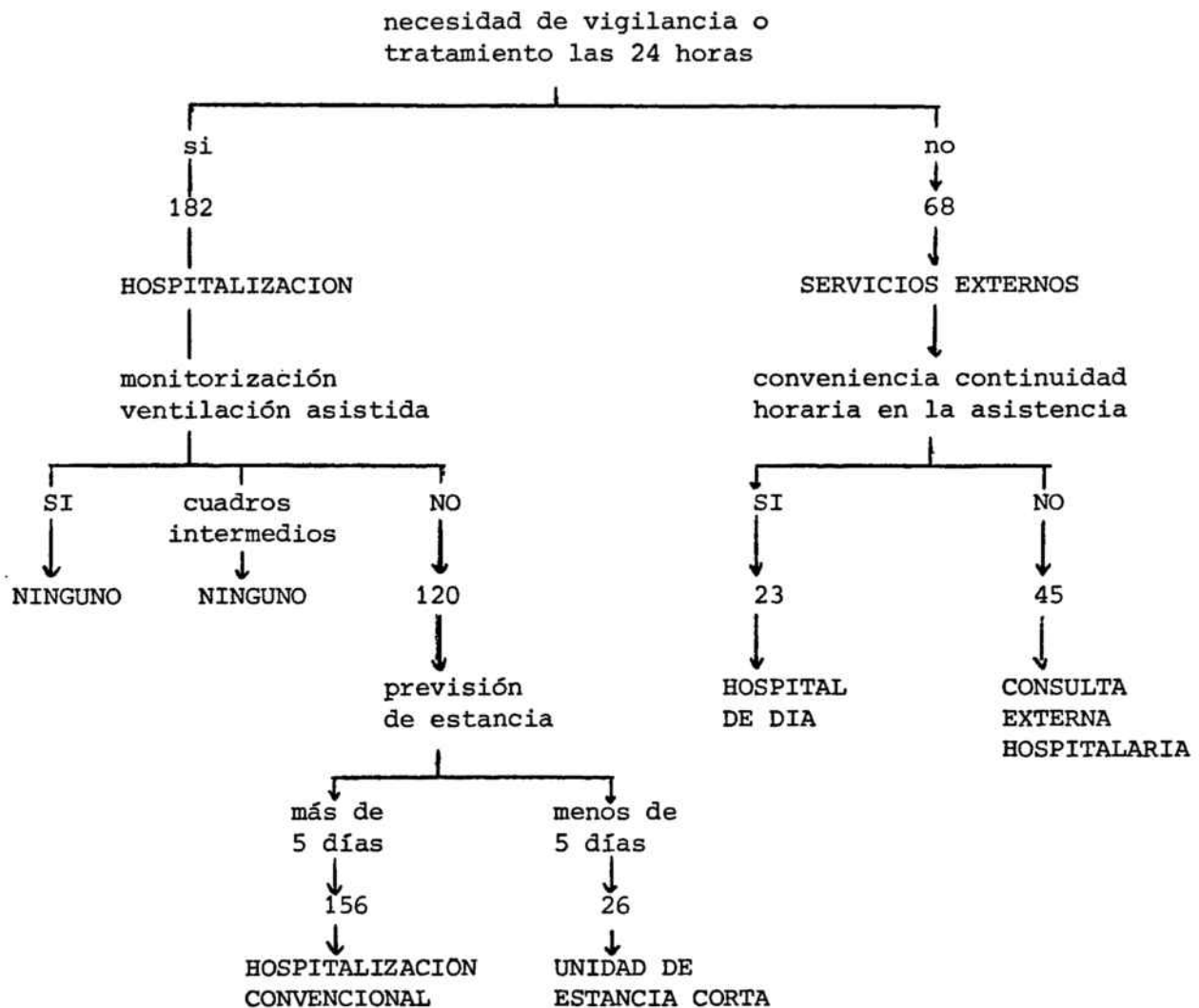


Tabla 66

del total de los 250 casos revisados, 182 cumplían criterios de hospitalización, si bien en 26 era planteable una estancia inferior a 5 días, motivo por el que podían haber sido destinados a UEC. (Tabla 66).

No requerían hospitalización 68. En 23 se planteó que la fórmula más adecuada era el seguimiento por espacio de unas horas. Indicación, por tanto, de HD. Se consideró que los 45 restantes podían haber sido atendidos en el ámbito de la CEH. (Tabla 66).

De los 26 casos en los que, a tenor del motivo de consulta, era presumible un período de hospitalización no superior a 5 días -Indicación de UEC- (Tablas 67 y 68) ingresaron para tratamiento 16 casos.

Tres cólicos nefríticos y un episodio de asma bronquial, rebeldes a la terapéutica instaurada en urgencias. Un caso de encefalopatía hepática, que ya había sufrido anteriores descompensaciones y en el que, habitualmente, a los pocos días del ingreso hospitalario, se asistía a la normalización. (Tabla 69).

Ingresados susceptibles de asistencia en régimen de UEC

no orden	motivo de ingreso	terapéutica/Diagnóstico	edad	estancias
1	35	S. febril	73	3
2	39	Hiperglucemia	62	7
3	50	Algias óseas	78	19
4	70	Síncope	74	20
5	73 U	Dolor HD	50	16
6	74	Crisis hipertensiva	68	17
7	82 U	Intoxicación medicamentos	21	1
8	83	Intoxicación medicamentos	16	1
9	84	Dolor HD	50	16
10	90 U	Hiperpotasemia	64	10
11	94 U	S. emético	26	6
12	98	Disnea	14	7
13	107 U	S. febril	24	4
14	111 U	Cólico nefrítico	31	6
15	116	S. febril	22	12
16	133	S. ansioso	76	11
17	142	Inestabilidad	75	24
18	146 U	Cólico nefrítico	24	10
19	155 U	Traumatismo facial	80	2
20	170 U	S. emetico	74	52
21	171	Inestabilidad	80	4
22	200	Cólico nefrítico	27	6

Ingresados susceptibles de asistencia en régimen de UEC (cont.)

	no orden	motivo de ingreso	terapéutica/diagnóstico	edad	estancias
23	220 U	Traumatismo costal	Ingresa observación	67	13
24	223	Encefalopatía hepática	Cirrosis hepática	53	11
25	229 U	Dolor abdominal	Litiasis biliar	68	15
26	250 U	Deshidratación	Arteriosclerosis	72	19

Tabla 67

MOTIVOS DE CONSULTA INDICACION DE UEC			
TRATAMIENTO: 10		OBSERVACION: 16	
Cólico nefrítico	3	Indicación clara por el mismo motivo de consulta	
Asma bronquial	1	Post-traumatismo	2
Encefalopía Hepática	1	Ingesta masiva fármacos	2
HTA	1	Observación prolongada	
Hiperglucemia	1	Dolor abdominal:	3
Dolor óseo	1	Síncope	1
Alteración equilibrio <u>hi</u> droelectrolítico	2	S. febril:	3
		Persistencia sintomatología que ha motivado la consulta	
		S. emético	2
		S. vertiginoso/ <u>inestabilidad:</u>	2
		S. Ansioso:	1

Tabla 69

Asimismo, podían haberse destinado a UEC, 1 caso de HTA, para, una vez compensado seguir el tratamiento en régimen de HD o de CEH. Uno de Diabetes Mellitus insulino-dependiente, otro de intenso dolor óseo secundario a fractura vertebral por osteoporosis.

Un caso de deshidratación en una persona de edad avanzada, en la que una vigorosa actuación hubiera permitido una correcta hidratación y continuar con los cuidados propios de una persona de edad avanzada a domicilio. Otro caso de hiperpotasemia secundaria a tratamiento médico, que rápidamente fue compensada.

En el capítulo de observación podían haberse destinado a UEC 4 casos indicación de UEC en razón de su mismo motivo de consulta (post-traumatismo y tres ingesta masiva de fármacos), 7 sujetos a observación prolongada que, descartada patología importante seguir siendo estudiados en CEH y 5 en los que la persistencia de su sintomatología no era recomendable remitirlos en su estado a domicilio.

En estos 26 casos se revisó su evolución clínica conviniéndose que en ninguno de ellos, procesos todos de escasa morbilidad, aparecieron factores de descompensación que, de haber sido destinados efectivamente a una unidad del

tipo de UEC hubieran desbordado sus posibilidades asistenciales..

Cabe apuntar, no obstante, que es previsible que casos ingresados en la UEC sean trasladados al régimen de HC e incluso a regímenes de mediana y alta vigilancia.

Si en la revisión no se ha dado hay que atribuirlos a que se ha sido escasamente ambicioso en la detección de casos sometidos a HC que hubieran podido atenderse en UEC. En un ámbito en que estuviera normalizado este tipo de unidades, habría de ampliarse los criterios de aceptación, considerándose normal que un determinado porcentaje pasara de la UEC a otras áreas de hospitalización a tiempo completo. Ya que la UEC no sólo tiene una función de asistencia en breve espacio de tiempo, sino también otra interesante tarea discriminante y distribuidora.

Otro hecho que cabe poner de manifiesto es que los casos considerados indicación alternativa de UEC, 13, el 50%, ha ingresado a través de UCIAS, poniendo, una vez más, de manifiesto la amplia utilización que tiene la UEC en el área de UCIAS. (Tabla 70)

PROCEDENCIA DE LOS CASOS SUSCEPTIBLES DE ALTERNATIVA A HC NIVELES DESGLOSADOS					
procedencia	nº casos	susceptibles asistencia			
		alternativa	CE	HD	UEC
UCIAS	76	14	1	-	13
CEH	174	80	44	23	13
	—	—	—	—	—
TOTAL	250	94	45	23	26

Tabla 70

Los 26 casos considerados indicación de asistencia en UEC suponen el 10,4% del total, con 312 estancias (6,9% del total), y una estancia media de 12,0 días. (Tabla 71)

COMPARACION GRUPO INDICACION DE UEC CON TOTAL DE CASOS					
	ingresados		estancias		estancia media
UEC	26	10,4%	312	6,9%	12,0 días
TOTAL	250	100,0%	4545	100,0%	18,2 "

Tabla 65

RESULTADOS DE LA SERIE DE INDIVIDUOS INGRESADOS
SEGUN LOS CRITERIOS PLANTEADOS

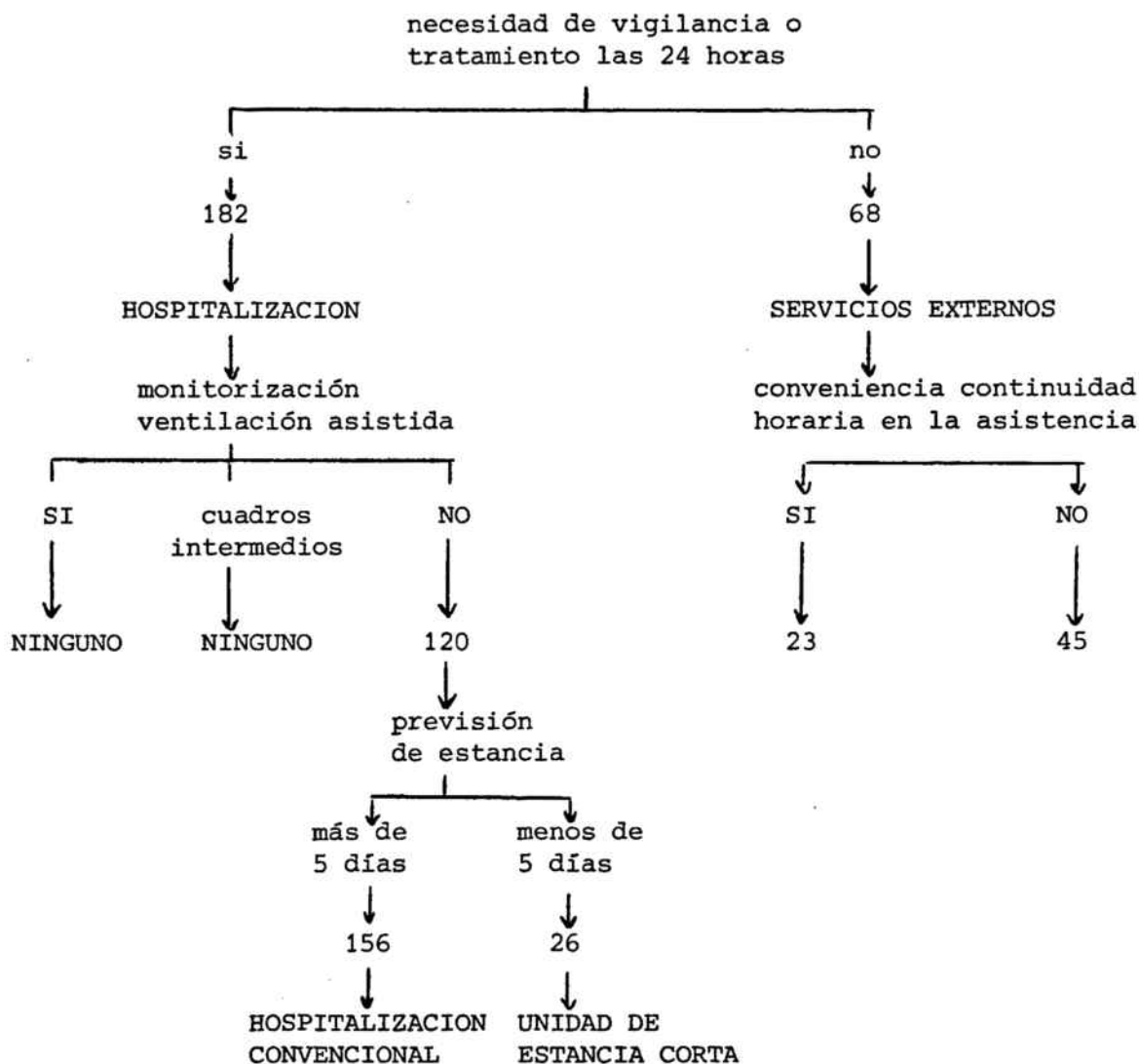


Tabla 66 (repetición)

La indicación de asistencia continuada en el plazo de unas horas -indicación de HD- se ha ceñido a la administración de tratamientos citostáticos y la realización de sucesivas exploraciones destinadas a alcanzar lo antes posible un diagnóstico, siempre y cuando fuera aceptable el estado general del individuo en cuestión.

De los 68 casos que no requerían la hospitalización (Tabla 66), 23 se han considerado indicación de HD.

La indicación de asistencia continuada en el plazo de unas horas -indicación de HD- se ha ceñido a la administración de tratamientos citostáticos y la realización de sucesivas exploraciones destinadas a alcanzar lo antes posible un diagnóstico, siempre y cuando fuera aceptable un diagnóstico, siempre y cuando fuera aceptable el estado general de individuo en cuestión.

De los 23 casos, indicación de HD (Tabla 72), 12 ingresaron para tratamiento con citostáticos, 9 para estudio de HTA, 1 por presentar insuficiencia arterial, 1 por obesidad. (Tabla 73).

El seguimiento de su evolución confirma que ninguno de ellos desarrolló complicaciones que hubieran impedido una correcta asistencia en régimen de HD.

Ingresados susceptibles de asistencia en régimen de HD

no orden	motivo de ingreso	terapéutica/diagnóstico	edad	estancias	
1	2	Neo de mama	Citostáticos	68	11
2	7	Enf. de Hodgkin	Citostáticos	23	11
3	16	HTA	HTA esencial	35	6
4	22	HTA	HTA esencial	50	23
5	30	HTA	Pielonefritis	53	27
6	32	Neoplasia de mama	Citostáticos	69	10
7	92	Neoplasia de mama	Citostáticos	66	11
8	103	HTA	HTA esencial. Miocardiopatía obstruc- tiva	49	34
9	109	HTA	HTA esencial	50	23
10	132	Enf. de Hodgkin	Citostáticos	23	10
11	139	Enf. de Hodgkin	Citostáticos	46	11
12	148	Neoplasia de mama	Citostáticos	69	10
13	134	Neoplasia de tiroides	Citostáticos	50	4
14	167	Enf. de Hodgkin	Citostáticos	47	2
15	168	Enf. de Hodgkin	Citostáticos	47	2
16	173	HTA	HTA esencial	60	8
17	184	HTA	HTA esencial	51	4
18	186	Enf. de Hodgkin	Citostáticos	47	2
19	187	Enf. de Hodgkin	Citostáticos	47	2
20	218	Obesidad	Obesidad esencial	36	14
21	235	Neoplasia de mama	Citostáticos	29	5
22	236	HTA	HTA esencial	36	6
23	248	HTA	HTA esencial	53	8

MOTIVOS DE CONSULTA DE LOS CASOS CONSIDERADOS INDICACION DE HD

- 1) Citostáticos : 12
[Neo de mama: 2, 32, 92, 148, 235
En f. de Hodgkin: 7, 132, 139, 167, 168, 186, 187
- 2) HTA : 9
16, 22, 30, 103, 109, 173, 184, 236, 248
Insuficiencia arterial 152
- 3) Varios: 2
Obesidad 218

Tabla 73

Los casos propuestos como indicación de HD asuponen el 9,2% del total, con 244 estancias (5,4%) y una estancia media de 10,6 días (Tabla 74).

COMPARACION GRUPO INDICACION DE HD CON TOTAL DE CASOS					
	ingresados		estancias		estancia media
HD	23	9,2%	244	5,4%	10,6 dias
TOTAL	250	100,0%	4545	100,0%	18,2 "

Tabla 74

De los ingresados que no reunían criterios de hospitalización, 45 podían haber sido atendidos en CEH (Tablas 69, 70) habiendo sido ingresados para estudio de síntomas, signos, exploraciones complementarias alterados o procesos de larga evolución o escasa morbilidad (Tabla 47).

Para estudio ingresaron 22 casos, Diagnóstico de síntomas 13 de los que 5 respondían a astenia, anorexia y pérdida de peso. Estudio de alteradas exploraciones complementarias, 9. (Tabla 77).

Ingresados susceptibles de asistencia en régimen de CEH

(Tabla 75)

no orden	motivo ingreso	terapéutica/Diagnóstico	edad	estancias
1	3	Estudio imagen Rx	74	32
2	5	Astenia. Anorexia	53	3
3	11	Artralgias	35	9
4	12	Dolor precordial (no actual estudio)	52	6
5	17	Astenia. Anorexia	21	14
6	21	Febrícula	23	9
7	25	Astenia. Anorexia		
		Anemia	77	16
8	27	Dolor Hipocondrio der. (de larga evolución)	53	7
9	29	Cefalea (sin factores de riesgo)	79	7
10	58	Dolor hombro	64	21
11	68	Dolor articular generalizado	55	5
12	72	Dolor lumbar	61	11
13	80	Alteración biología hepática	43	5
14	85	Dolor abdominal larga evolución	56	20
15	86	Infección dedo	26	4
16	88	Astenia. Pérdida de peso	64	20
17	89	Disuria	62	11

Ingresados susceptibles de asistencia en régimen de CEH (cont.)

nº orden	motivo ingreso	terapéutica/diagnóstico	edad	estancias	
18	96	S. Raynaud	Revisión	55	11
19	99	Hemoptisis	Neumonía	55	29
20	102	Anorexia. Astenia	S. depresivo	59	14
21	110	Alteración biología hepática	Hepatopatía crónica	63	15
22	124	Alteración biología hepática	No diagnóstico	43	11
23	125	Dolor articular	Osteoporosis	77	13
24	137	Alergia medicamentos	Estudio	53	12
25	138	Dolor pierna	S. ansioso	32	10
26	149	Anemia	Divertículo esofágico	78	23
27	151	Inestabilidad/s. vertiginoso	Arteriosclerosis	77	16
28	178	S. Raynaud	Profesional	49	14
29	182	Alteración fosfatasas al calinas	Necrosis coxo-femoral	69	22
30	183	S. vertiginoso/Inestabilidad	I. vertebro-basilar	57	14
31	189	Agitación	No organicidad	76	12
32	196	S. vertiginoso/Inestabilidad	Arteriosclerosis	84	22
33	203	Dolor articular	Espondiloartritis Anquilopoyética	47	14
34	206	Anemia megaloblástica	Anemia perniciosa	78	17
35	208	Disnea	Miocardopatía congestivo-dilatada	59	4

Ingresados susceptibles de asistencia en régimen de CEH (cont.)

no orden	motivo ingreso	terapéutica/diagnóstico	edad	estancias	
36	219	Edemas manos	S. urticariforme	42	7
37	222	Edemas	Nefropatía glomerular	48	8
38	224	Inestabilidad/s. vertiginoso	HTA. Diabetes Mellitus	53	12
39	226	Dolor articular	Artritis reumatoide	59	9
40	231	Hemoptisis	No filiada	59	11
41	232	Revisión de diagnóstico	Pancreatitis crónica	79	24
42	233 U	Anemia ferropénica	Metrorragias	40	8
43	237	Dolor articular	Artritis reumatoide	34	10
44	246	Urografía patológica	Posición del útero	48	13
45	153	Inestabilidad	I. vertebro-basilar	68	14

Tabla 75

MOTIVOS DE CONSULTA SUGESTIVOS DE ASISTENCIA EN ALGUNO DE LOS NIVELES ALTERNATIVOS A LA HOSPITALIZACION CONVENCIONAL (CEH)

CEH	{ procesos "en estudio" sin afectación estado general	{ síntomas signos exploraciones com- plementarias	
			{ procesos de larga evolución
			{ procesos de escasa morbilidad

Tabla 47 (reducido para CEH)

Asimismo, 7 procesos de larga evolución (dolor precordial, pancreatitis crónica, dolor abdominal de larga evolución, S. de Raynaud), completando las indicaciones de CEH procesos de escasa morbilidad, ingresados por diversos factores. Infección en el dedo de una persona afecta de LES, alergia medicamentosa, artralgiás (9 casos), síndrome vertiginoso-estabilidad (5 casos), agitación. (Tabla 77).

Cabe reseñar que la mayoría de los casos en que se ha considerado más indicada la asistencia en CEH, habían ingresado a partir de la CEH. (Tabla 70).

MOTIVOS DE CONSULTA INDICACION DE CEH

ESTUDIO	22	Síntomas: 13	}	Astemia, anorexia, pérdida de peso:	5		
				Hemoptisis	1		
				Cefalea	1		
				Disrria	1		
				Febrícula	1		
				Disnea	1		
				Edemas	2		
		Signos: 0					
		exploraciones complementarias	9	Radiología	2		
				Analítica	}	alteraciones biología hepática	3
						fosfatasas alcalinas	1
						anemia	3
LARGA EVOLUCION	6	dolor precordial	1				
		pancreatitis crónica	1				
		dolor abdominal	2				
		S. de Raynaud	2				
ESCASA MORBILIDAD	17	Lupus más infección local dedo	1				
		Alergia medicamentos	1				
		Artralgias	9				
		Inestabilidad-s.vertiginoso	5				
		Agitación	1				

Tabla 77

INGRESADOS SUSCEPTIBLES DE ASISTENCIA EN REGIMEN DE CEH AGRUPADOS POR MOTIVOS DE CONSULTA

1) <u>Estudio</u>	estudio exploraciones complementarias	Rx { 3 Tórax	80 Normalización espontánea. 110 Hepatopatía crónica 124 No diagnóstico
		246 Urografía	
	varios	Análítica {	Alteración biología hepática: Otros: Alteración fosfatasas alcalinas: 182 necrosis coxo-femoral
		proceso no actuales 12 Dolor precordial asociado a patologías importantes de base 86 Infección dedo y Lupus Sistémico alergia medicamentos 137 revisión diagnóstica 232 Pancreatitis crónica	
2) <u>Astenia, anorexia, pérdida de peso (uno o varios síntomas)</u>	5 Hepatitis alcohólica 88 No organicidad 17 Hepatitis A 100 Síndrome depresivo 25 Hernia de hiatus		
3) <u>Dolor</u>	Dolor articular	11 Artrosis astrágalo-escafoidea 125 Osteoporosis 203 Espondiloartritis Anquilopoyética 226 Artritis reumatoide 237 Artritis reumatoide	Febrícula 21 Infección urinaria Cefalea 29 Cefalea vascular post-traumática Disuria 89 Infección urinaria Hemoptisis 99 Neumonía 231 No filiada
	Dolor abdominal larga evolución Dolor hombro Dolor generaliz. Dolor lumbar Dolor pierna	27 No organicidad 85 Mesenterio común 58 Periartritis escapulo-humeral 68 Reumatismo poliarticular 72 Espondiloartrosis lumbar 138 Síndrome ansioso	Anemia 149 Divertículo esófago 206 Anemia perniciososa 233 Metrorragias S. Raynaud 96 Revisión 178 Profesional-laboral
4) <u>Inestabilidad/s. vertiginoso</u>	151 Arteriosclerosis 183 I. vertebro-basilar 196 Arteriosclerosis 153 I. vertebro-basilar 224 HTA	5) <u>Miscelánea</u>	Agitación 189 No organicidad Disnea 208 Miocardiopatía Edemas 219 S. urticariforme 222 Nefropatía glomerular

Tabla 76

PROCEDENCIA DE LOS CASOS SUSCEPTIBLES DE ALTERNATIVA A HC NIVELES DESGLOSADOS						
procedencia	nº casos	susceptibles alternativa	asistencia alternativa	CE	HD	UEC
UCIAS	76	14	1	-	13	
CEH	174	80	44	23	13	
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
TOTAL	250	94	45	23	26	

Tabla 70 (repetición)

A los precedentes de UCIAS, el nivel alternativo, primordial ha sido UEC. Siendo anecdótica la indicación de CEH (un caso), y nula la de HD. Probablemente porque la asistencia que se puede plantear en CEH y HD, queda cubierta con la estancia por espacio de unas horas en el área de urgencias.

Los casos procedentes de CEH que podían haberse atendido en niveles alternativos, se podían haber destinado a CEH, haber continuado la asistencia en ese ámbito sin recurrir a la hospitalización. Han dado lugar también, a la totalidad de casos considerados indicación de HD y algunos casos susceptibles de asistencia en régimen de UEC (Tabla 70).

Cabe insistir en la importancia de la procedencia de UCIAS, cuyo porcentaje de adecuada indicación supera con mucho a los ingresados procedentes de CEH (Tabla 78), 81,6% frente a 54,0%.

COMPARACION RESULTADOS INGRESADOS PROCEDENTES DE UCIAS Y DE CEH						
<u>procedencia</u>	<u>nº casos</u>		<u>INDICACION ALTERNATIVA</u>		<u>bien indic.</u>	
			<u>nº casos</u>	<u>nº estancias</u>		
UCIAS	76	30,4%	14	174	62	81,6%
CEH	174	69,6%	80	998	94	54,0%
TOTAL	250	100,0%	94	1145	156	62,4%

Tabla 78

En total el número de casos considerados indicación de asistencia alternativa era de 94, el 37,6% del total, importando 1145 estancias, el 25,3% del total (Tabla 79).

Desglosados por los distintos apartados, el más numeroso ha resultado el grupo que podía haber sido objeto de asistencia en CEH (Tabla 80).

CASOS DE INDICACION DE NIVELES ALTERNATIVOS A LA HOSPITALIZACION CONVENCIONAL					
	ingresados		estancias		estancia media
indicación Asistencia alternativa	94	37,6%	1145	25,3%	11,9 días
TOTAL	250	100,0%	4545	100,0%	18,2 días

Tabla 79

CASOS DE INDICACION DE NIVELES ALTERNATIVOS A LA HC DESGLOSADOS POR NIVELES					
	Ingresados		estancias		estacia media
CE	45	18,0%	589	12,9%	13,1 días
HD:	23	9,2%	244	5,4%	10,6 días
UEC	26	10,4%	312	6,9%	12,0 días
TOTAL	250	100,0%	4545	100,0%	18,2 días

Tabla 80

DISCUSION DE LOS RESULTADOS
CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA

DISCUSION DE LOS RESULTADOS. CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA

A tenor de las indicaciones de CEH planteadas (Tabla 41) -si bien cabe precisar que al haber sido realizada la revisión en un Servicio de Medicina Interna, no se han hallado, en este servicio, técnicas propias de ámbito hospitalario-, han resultado bien indicando tan sólo 117 casos del total de los 400 revisados.

INDICACIONES DE LA CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA

- 1) Alternativa a la hospitalización
 - Drenaje de urgencias
 - Consulta previa al ingreso
 - Consulta post-hospitalización

- 2) Técnicas de no justificada dispensación

Tabla 41 (repetición)

Estos 117 casos suponen algo menos del 30% del total. Dicho porcentaje, ya de por sí bajo, hubiera sido menor de no aceptar como indicación genérica de asistencia en CEH la procedencia de UCIAS o de hospitalización.

Dicha procedencia se ha aceptado sin mayores discriminaciones en relación a la gravedad o complejidad del caso

en cuestión, al considerar, que en la actualidad no se hallan adecuadamente desarrollados los niveles alternativos a la HC, por tanto, no se han de limitar recursos -remitir el individuo a la CEH- cuando se plantea evitar una hospitalización o su prolongación innecesaria.

Descartados los individuos que acuden de UCIAS y HC, el porcentaje de adecuada indicación desciende, aproximadamente al 6%. (Tabla 55).

COMPARACION DE LA ADECUADA INDICACION DE CEH EN SUBGRUPOS			
	nº casos	adecuada indicación	porcentaje
TOTAL	400	117	29,2
Subgrupo que acude directamente a CEH	301	18	5,9%

Tabla 55 (repetición)

VISITA PREVIA EN ASISTENCIA FRENTE VISITA POR INICIATIVA PROPIA.

De los 301 casos que han acudido directamente a CEH, es decir, que no procedían de UCIAS ni eran visitas tras

el alta hospitalario, 223 han sido remitidos por otros médicos y 78 han acudido por iniciativa propia.

Esta distinta procedencia ha permitido alcanzar algunas conclusiones.

La correcta utilización de la CEH se ha relacionado con la adecuada indicación de ingreso. Esta ha sido del 6,7% en los casos remitidos por otros médicos, frente al 3,8% de los que han acudido por iniciativa propia.

Por ello, cabe convenir, que los casos bien indicados en el grupo previamente visitado en asistencia primaria, suponen el doble de los que han acudido por iniciativa propia. Con valores totalmente fiables del intervalo de confianza de la proporción, a un nivel de confianza del 95%. (Tabla 81).

Se intenta apoyar con cifras algo que puede parecer obvio. Que a la CEH se ha de recurrir tras la visita de médicos de asistencia primaria. Que no es conveniente que se acceda directamente, por iniciativa propia y habiendo saltado el primer eslabón del médico de cabecera.

SUBGRUPO NO PROCEDENTE DE UCIA S NI DE HC		
PROCEDENCIA	Nº DE CASOS	PORCENTAJE DE CORRECTA INDICACION
Remitidos por otros médicos	223	6,7%
Iniciativa propia	78	3,8%

Tabla 81

DISCUSION RESULTADOS
HOSPITALIZACION CONVENCIONAL

DISCUSION. RESULTADOS. HOSPITALIZACION CONVENCIONAL

Un primer dato que resulta interesante comentar es que en el periodo de 10 meses, estudiado, se han considerado 10.211 visitas en los servicios externos, que dieron lugar a 250 ingresos (Tabla 63).

VISITAS SERVICIOS EXTERNOS ENERO-OCTUBRE 1984 (AMBITO DE MEDICINA INTERNA)			
	nº visitas	ingresos	
UCIAS	870	76	8,7%
CEH	9341	174	1,9%
	<u>10211</u>	<u>250</u>	<u>2,4%</u>

Tabla 63 (repetición)

El porcentaje de ingresos es realmente bajo, 2,4%, máxi me si se tiene en cuenta que no cabe atribuirlo a criterios estrictos para hospitalización, sino a la utilización inadecuada de los servicios de UCIA^{46,46,48,39,50} y de CEH.

Estos datos permiten reflexionar sobre la función que realiza el hospital. En sus servicios externos emplea personal y tecnología para procesos de escasa intensidad que quizás hubieran necesitado una atención más detenida y per-

sonalizada, pero no tan tecnificada.

Estos servicios externos masificados, no realizan la epícritica función que deberían desarrollar. Motivo por el cual se recurre a la hospitalización, cuando con más tiempo, más calma, podrían haberse atendido muchos de esos casos en la CEH.

La atención hospitalaria se halla desplazada comportando una excesiva respuesta a la demanda asistencial. Se atiende en CEH casos propios de Asistencia Primaria y en HC casos propios de CEH.

Evidentemente estos comentarios hay que centrarlos en el hospital donde se ha realizado el estudio. Puede presumirse que hospitales con masiva recepción de urgencias o con mayor tecnología -nivel III-^{21,22} tengan cifras de mejor indicación de los niveles asistenciales a los que han sido dirigidos los atendidos.

Pero, asimismo muchos de esos casos podrían haberse atendido en hospitales de menor complejidad, más próximos a la población y de más reducido presupuesto/cama. Reservando o descongestionando esos hospitales mejor utilizados para casos de mayor gravedad.

Otro hecho a destacar es que la indicación de ingreso resulta sustancialmente más elevada a partir de UCIAS que de la CEH (Tabla 57).

Al igual que la asistencia primaria, el hospital ha de asumir su papel. Y de la misma manera que se cuestiona la inhibición de la asistencia primaria en casos que podría cubrir correctamente, del mismo modo hay que rebatir las reservas de los hospitales para atender urgencias.

No se trata en absoluto, de que todos los hospitales hayan de estar preparados para todo tipo de urgencias, sino las más habituales, remitiendo los procesos que desbordan sus posibilidades a hospitales de referencia.

Un aspecto distinto es que resulte mucho más caro un hospital con servicio de urgencias funcionando, ello ha sido el motivo de que sólo hayan desarrollado servicios de urgencias, hospitales públicos, en tanto que centros semi-públicos o privados se limitaban la mayoría de las veces a un equipo de guardia para urgencias domésticas.

Pero, independientemente de pertenencias y concertación no tiene sentido un hospital de agudos sin servicio de urgencias. A riesgo de recurrir a la hospitalización en casos que no lo precisan, ingresar para estudio casos procedentes

de la CEH.

REORGANIZACION DE LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES A TENOR
DE LOS RESULTADOS.

En la revisión realizada, los ingresados que hubieran podido dirigirse a CEH, HD generaban 589 y 244 estancias respectivamente, es decir, el 12,9 y el 5,4% de la actividad -considerando un tiempo standard por visita- de la dedicación del servicio a los individuos ingresados.

O lo que es lo mismo, si ese 18,3% de la actividad se hubiera destinado a los servicios externos mencionados se hubieran evitado 833 estancias a tiempo completo, con el consiguiente ahorro económico y de yatrogenia. (Tabla 80)

Estableciendo un modelo teórico podría decirse que de destinarse el 13% aproximadamente de la atención del servicio a la CEH se ahorrarían 589 estancias, sin necesidad de reconvertir ninguna cama. Con la ventaja de que dicho porcentaje de atención no implica un volumen equivalente del personal de enfermería ya que en CEH se emplea mucho menos tiempo de personal de enfermería que en régimen de hospitalización.

De habilitarse un área de HD que importara el 5,4% de las camas del servicio podría evitarse asimismo un 5,4% de las estancias. E inmovilizado además el 7% de las camas del servicio y destinándolas a UEC, se hubiera podido reducir en un 25% las estancias en HC.

CASOS INDICACION DE NIVELES ALTERNATIVOS A LA HC DESGLOSADOS POR NIVELES					
	ingresados		estancias		estancia media
CEH	45	18,0%	589	12,9%	13,1 días
HD	23	9,2%	244	5,4%	10,6 "
—	—	—	—	—	—
Subtotal servicios externos	68	27,2%	833	18,3%	12,2 "
UEC	26	10,4%	312	6,9%	12,0 "
—	—	—	—	—	—
Total Asistencia Alternativa	94	37,6%	1145	25,3%	11,9 "
TOTAL	250	100,0%	4545	100,0%	18,2 "

Tabla 80 (Ampliada)

AHORRO POR LA UTILIZACION DE HC Y UEC

En la revisión realizada no se ha debido reconsiderar, en ningún caso, la indicación de nivel alternativo. La explicación es sencilla. Se ha sido escasamente ambicioso en la adjudicación de motivos de consulta sugestivos de asistencia en niveles alternativos y muy riguroso al destacar procesos que cumplieran motivos de consulta que permitía plantearlos para niveles alternativos, elementos que por factores relacionados con su estado general hacía más conveniente la utilización de HC.

Y, probablemente ha de ser así. Porque, si bien es una realidad la existencia de niveles alternativos a los habitualmente utilizados en los hospitales, nunca ha de aumentar el riesgo en la atención de un individuo en función de disminuir la intensidad en la asistencia.

Un aspecto asimismo interesante es el relacionado con el ahorro que se obtiene con la utilización de las formas alternativas en relación a la HC. El ahorro de la utilización de la CEH es notorio al evitarse la hospitalización. Es algo más complejo, no obstante, la alternativa del HD y UEC.

HD

El HD, dado que, como mucho, sólo emplea del hospital las dos terceras partes del día, permite el ahorro de las prestaciones correspondientes al turno de noche. Y éste puede ser la base de un error. Adjudicar en su financiación presupuestos cuya unidad/día sea inferior o como mucho igual al día de estancia en HC.

En realidad, el ahorro hay que plantearlo en relación a la estancia global del individuo. No en relación a un solo día de estancia. Porque es de suponer que se van a realizar las mismas exploraciones en uno u otro sistema. Si, por el hecho de plantearse una asistencia en forma de HD se realizan menos exploraciones, el ahorro no se deriva tanto de la bondad del sistema sino de haber disminuído los mínimos asistenciales.

Así, por ejemplo, de considerar que se realizan determinadas exploraciones (1,2,3,4) que requieren interpretación (1',2',3',4'), la diferencia estriba en que estas actuaciones sobre el individuo (I), se realizan a lo largo de una serie de días (HC) en lugar de darse en uno solo (HD).

En la forma clásica de hospitalización, el individuo ingresa un determinado día (D_1), a ser posible convenientemente instruido para que sea un día hábil y se realicen algunas exploraciones (I_1, I_2), que serán valoradas al día siguiente (D_2) a la vez que se realizan dos nuevas exploraciones (I_3, I_4), para ser valoradas un tercer día (D_2), en el que se da ya de alta el individuo (Tabla 81).

SECUENCIA DE INTERVENCIONES TERAPEUTICAS EN REGIMEN DE HOSPITALIZACION CONVENCIONAL		
D1 (ingreso)	D2	D3
I_1	I_1'	I_3'
I_2	I_2'	I_4'
	I_3	ALTA
	I_4	

Tabla 82

Cabe añadir que de realizarse, tal como se propone en el ejemplo, la secuencia de exploraciones intervenciones terapéuticas, se trataría de un hospital modélico en su organización.

Esta misma secuencia de intervenciones terapéuticas se propone realizarla en el HD en el curso de unas horas.

SECUENCIA DE INTERVENCIONES TERAPEUTICAS EN REGIMEN HD

I ₁	I ₁ '
I ₂	I ₂ '
I ₃	I ₃ '
I ₄	I ₄ '

ALTA

Tabla 83

En el régimen de HD el conjunto de pruebas son realizadas e interpretadas el mismo día, concluyéndose con un informe final, para el médico de asistencia primaria.

Son precisas, sin embargo, numerosas condiciones. En primer lugar una selección del individuo y de las pruebas a realizar. No todos los individuos pueden ser sometidos a este régimen. Habrán de tratarse de individuos que no requieran vigilancia por la noche y que, por tanto, puedan ser remitidos con toda tranquilidad a su domicilio.

Selección de las pruebas a realizar. Que puedan realizarse sin interferencias y en un solo día.

Adecuada estructuración de los servicios centrales para ofrecer las exploraciones con obtención de los resultados a las pocas horas de haberse realizado. Y también disponibilidad de los profesionales sanitarios para atender a lo largo del día a la realización, interpretación de pruebas y elaboración de un informe final. Exige una muy importante coordinación tanto de profesionales sanitarios como administrativos.

Calculando los costes por días de estancia en la Hospitalización convencional el resultado se obtendría de multiplicar los días de estancia por el coste por día.

COMPARACION DE COSTES

HC Y HD

$$\text{Coste}_{\text{HC}} = E \times C$$

E = número de estancias

C = coste por día de estancia

$$\text{Coste}_{\text{HD}} = C$$

Tabla 84

En cambio, en el HD, el coste calculado teórico sería como máximo el de una estancia, cuando su coste real ha sido mucho mayor.

Por ello, hay que plantear que el ahorro de la HD hay que relacionarlo con el total de estancias y no adjudicar al HD un precio intermedio entre el día de estancia y la consulta externa hospitalaria.

En nuestra revisión y teniendo en cuenta que los casos que podían haber sido dirigidos a HD y asistidos en HC tenían un promedio de estancia de 10,6 días, toda retribución que se hubiera adjudicado a la estancia en HD, inferior a C (Coste por día de estancia) $\times 10$ hubiera representado un ahorro.

Conseguir para el HD un reembolso notablemente superior al día de estancia en HC, puede resultar sugestivo tanto para la institución hospitalaria, que puede pasar a contar con una unidad con retribución por cama superior a la de HC y para el sistema sanitario que puede ver disminuido el número de estancias en los hospitales.

El factor de corrección (E') por el cual multiplicar el coste por día de estancia en HC para obtener el coste

de HD ha de ser superior a 1 e inferior al promedio de estancias a que habitualmente dan lugar los casos que pudiendo remitirse a HD se remiten a HC, ha de ser, por tanto superior a 1 e inferior a E (Tabla 86).

CALCULO DEL REEMBOLSO EN HD

$$\text{Coste}_{\text{HC}}: E \times C$$

E = número de estancias

$$\text{Coste teórico}_{\text{HD}} = C$$

C = coste por día de estancia

$$\text{Coste pactado} : E' \times C$$

E' = factor de corrección por el que habría de multiplicarse el coste de estancia para dar el precio de HD.

Tabla 85

VALORACION DEL FACTOR DE CORRECCION DEL COSTE DE HD

$$1 \quad < \quad E' \quad < \quad E$$

Tabla 86

UEC

En cuanto a la UEC, cabe decir que en estas unidades todo está preparado -desde la misma mentalización del per-

sonal como de atendidos y allegados- para una breve estancia con continuación de la asistencia en CEh o en asistencia primaria.

El ahorro de la instauración de estas áreas viene de arañar días de estancia.

En la UEC no se persigue atender todo el proceso. No se busca asistir a la total recuperación en el hospital, sino que habrá de combinarse con otras formas de asistencia.

Se intenta que sea la misma persona que ha realizado el ingreso o alguien en estrecha vinculación quien se encargue de la asistencia en UEC. Alguien que ya conoce a esa persona, que sabe en qué circunstancias ha ingresado y puede valorar los cambios que se han producido en las horas más inmediatas.

También se intenta una mayor coordinación en el alta. Hoy en día, la burocratización de los hospitales ha convertido al alta hospitalaria en algo realmente laborioso que emplea mucho tiempo y que puede dar lugar a retrasar en uno o más días la salida del hospital.

El alta de la UEC ha de ser como el alta de UCIAS. Que pueda darse en cualquier momento del día, cualquier día de la semana.

Todas estas circunstancias contribuyen a que el ahorro de la UEC sea el ahorro de los días de estancia por utilizar estas unidades. Que se podría calcular multiplicando el número de casos por la diferencia entre la estancia media que han generado los casos que habiendo podido ser atendidos en UEC se atienden en HC y la probable estancia media que hubieran seguido esos casos de haberse atendido en UEC (5 días como máximo) (Tabla 87).

CLAVE DE AHORRO DE ESTANCIAS EN UEC

Ahorro estancias
en UEC

$$= n (E_{HC} - E_{UEC})$$

n: nº casos indicación UEC

E_{HC} = estancia media de estos casos atendidos en régimen de HC

E_{UEC} = estancia media de estos casos haber sido atendidos en UEC

Tabla 87

Es notorio que el ahorro por la creación de UEC es directamente proporcional al número de casos que va a atender (n). Factor también en relación directa con el volumen de urgencias atendidas.

En la presente revisión, en el grupo de los considerados indicación de UEC, la estancia media ha sido de 12,0 días, sensiblemente superior a los 5 días que hubiera sido posible alcanzar de utilizar en lugar de HC la UEC.

El ahorro, por tanto, hubiera sido de 182 estancias (Tabla 87), considerando la estancia media en UEC la de 5 días, tope de estancia habitual (Tabla 88).

AHORRO EN LA REVISION REALIZADA

Ahorro estancias por
utilización UEC $= n(E_{HC} - E_{UEC})$ n: nº casos indicados UEC

E_{HC} = estancia media en este
grupo de casos atendi
dos en HC

Ahorro estancias = 26 (12-5) = 182

E_{UEC} : estancia media de ha-
berse realizado la aten
ción en UEC

Tabla 88

COMPARACION HC Y NIVELES ALTERNATIVOS

COMPARACION HC Y NIVELES ALTERNATIVOS

Cabe, por último, en este intento de comparación de niveles alternativos con la HC, plantear un cuadro global, en que se relacionan aspectos de dedicación de personal, con estancia hospitalaria, agresividad-yatrogenia sobre el atendido y complejidad en la organización del servicio.

COMPARACION HC NIVELES ALTERNATIVOS					
	dedicación médico	dedicación enfermería	estancia hospitala- ria	agresividad yatrogenia	compleji- dad
HC	HC	HC	HC	HC	HC
UEC	Mayor HC	HC	menor HC	menor HC	mayor HC
HD	Mayor HC	Menor HC	menor HC	menor HC	mayor HC
CEH	Mayor HC	Menor HC	menor HC	menor HC	menor HC

Tabla 89

Tomando como unidad la asistencia en Hospitalización Convencional (HC), en la UEC, la dedicación del médico va a ser superior coordinando diversas actuaciones terapéuticas que permitan el alta anticipada. Va a obligar a una asistencia normal -sin disminuir de intensidad- en fines de semana y festivos, para permitir que estos días sean

hábiles tanto para recibir casos y comenzar a trabajar como para dar altas.

Sin embargo, la dedicación de enfermería va a ser similar (tres turnos con casos de similar gravedad).

La estancia hospitalaria es evidentemente inferior a la de HC y se plantea que el nivel de agresividad-yatrogenia es menor ya que se plantea al individuo que no va a estar muchos días ingresado -esto puede contribuir a tranquilizarlo- con lo que las posibilidades de yatrogenia y de desarrollar actuaciones excesivamente pasivas disminuyen notablemente.

Sin embargo, la complejidad de la UEC supera a la de la habitual hospitalización. No tanto en utillaje o gravedad de los casos, sino por falta de programación de los ingresos y altas, la necesidad de montar un servicio de médicos casi permanente y las desventajas inherentes de esa misma rotación elevada que implica un elevado riesgo de ingresados y familiares. Así como la necesidad de elevada coordinación en las exploraciones complementarias.

En el HD, la dedicación a nivel médico es también supe-

rior dado que han de realizarse y evaluarse en un solo día exploraciones que en la HC se realizarían a lo largo de varios. La dedicación de enfermería es, sin embargo menor, ahorrándose como mínimo el turno de noche. La estancia y la yatrogenia es notablemente menor. No así la complejidad, ya que implica una importante colaboración entre médicos consultores y exploraciones complementarias.

En la CEH, la dedicación del médico se considera también superior. Porque se plantea que a través de esta dedicación se evita el ingreso hospitalario. Si el tiempo dedicado es menor, hay que considerar que estos casos son indicación más que de CEH, de asistencia primaria. La dedicación de enfermería es notablemente menor, así como la estancia -no ocupa espacio físico-, la agresividad de la asistencia y asimismo la complejidad de la organización.

En conjunto, además de las cuestiones económicas directas, al considerar una asistencia alternativa son muchos los aspectos a valorar. En este trabajo se han intentado calcular el ahorro en cuanto a estancias hospitalarias, planteando que este ahorro sería el que habría de dar tiem-

po para una mayor dedicación médica (constante en todos los casos) y un posible ahorro económico para aventurarse a considerar la financiación de las iniciativas.

Que sostiene que, como mínimo, haya de plantearse la existencia de estos niveles en la totalidad de los hospitales, dado que dan lugar asimismo a una disminución de la agresividad y yatrogenia del atendido.

CONSIDERACIONES EN RELACION AL ENTORNO

CONSIDERACIONES EN RELACION AL ENTORNO

La consideración de que la asistencia en diferenciados niveles de asistencia, graduados y tendentes a la mínimo yatrogenia, es más económica, sólo puede hacerse sobre la base de un sistema integrado de asistencia y sobre una visión global del proceso asistencial.

Porque se parte de que, siempre que sea posible, la mejor asistencia es la extrahospitalaria, lo cual es económicamente rentable para la comunidad que asume los costos de la asistencia sanitaria, pero no para la eventual institución hospitalaria que ve disminuído el índice de hospitalización, cobrando por añadidura por cama ocupada.

Por tanto, hay que advertir que este plan de gradación de cuidados se propone en un sistema público e integrado, planteando como ventajas la disminución en la yatrogenia a que se ve sometido el atendido y el ahorro en el presupuesto asistencial de una zona, de un área, de una colectividad.^{137,138}

Porque puede darse, y de hecho a menudo se da, la contrariedad de que los responsables e incluso trabajadores de una institución puedan hallarse con el contrasentido

de desear numerosas consultas en régimen de dispensario, policlínica o CEH, reiteradas, poco complicadas y que exijan escasas exploraciones complementarias. Visiotas rentables para la institución. Y sin embargo, sentirse, como miembros de la comunidad que financia de forma última la asistencia, defraudados en la administración pública del dinero, al permitir una asistencia onerosa, la CEH, cuando era factible la asistencia primaria.

La dificultad en el reembolso de las nuevas iniciativas ⁹ ha sido una importante razón que ha frenado planes de asistencia alternativos a los habituales surgidos en las propias instituciones.

En la actualidad, y en el ámbito de la concertación sanitaria -que en Catalunya constituye un capítulo importante- a la institución sanitaria no dependiente de la Seguridad Social, le pueden interesar individuos cuyos días de estancia cubran los gastos que han ocasionado. Casi la situación ideal desde un punto de vista únicamente económico, podría ser la de mantener ingresados en régimen de hotel.

En cambio, para la comunidad, la situación ideal es

la del hospital vacío. El hospital que ha generado la suficiente información para que la asistencia se dirima en el ámbito extrahospitalario.

Aún hoy, la concertación con centros ajenos prima la cama ocupada de aquellas instituciones que generan mayor consumo sanitario.

De esta forma, se ha dado el caso de hospitales que han realizado remodelaciones destinadas a proveerse de servicios médicos o quirúrgicos que no precisaban para mejorar el tipo de convenio con la Seguridad Social.

La financiación por cama ocupada -establecida en la actualidad- lleva a la prolongación de las estancias cuando lo adecuado sería que fueran a la par los intereses de centros y los de la sanidad del país.

La financiación ha de contribuir a que sólo lleguen al hospital los casos que requieren que dentro del hospital no sean sometidos los individuos a una intensidad de asistencia que no precisan.

El hospital ha de aceptar como misión generar información para que, la población que sea susceptible de ello, sea atendida en el ámbito extrahospitalario. Que desaparez-

ca la hospital-preponderancia tanto por parte de los profesionales como de las demandas de la población.

Es innegable que el hospital ha creado un estilo, una manera de trabajar, basada en el trabajo en equipo y en la documentación, que ha aumentado la calidad asistencial.^{139,147} Pero esta metodología no es patrimonio exclusivo de la asistencia en el hospital. Puede darse perfectamente en la asistencia primaria. No hay ningún argumento conceptual que lo contradiga. Se trata de cuestiones de funcionalismo. La asistencia primaria funciona mal, la opinión pública se ha acostumbrado a ello y el individuo a acudir a los hospitales cuando es presumible un problema importante de salud.

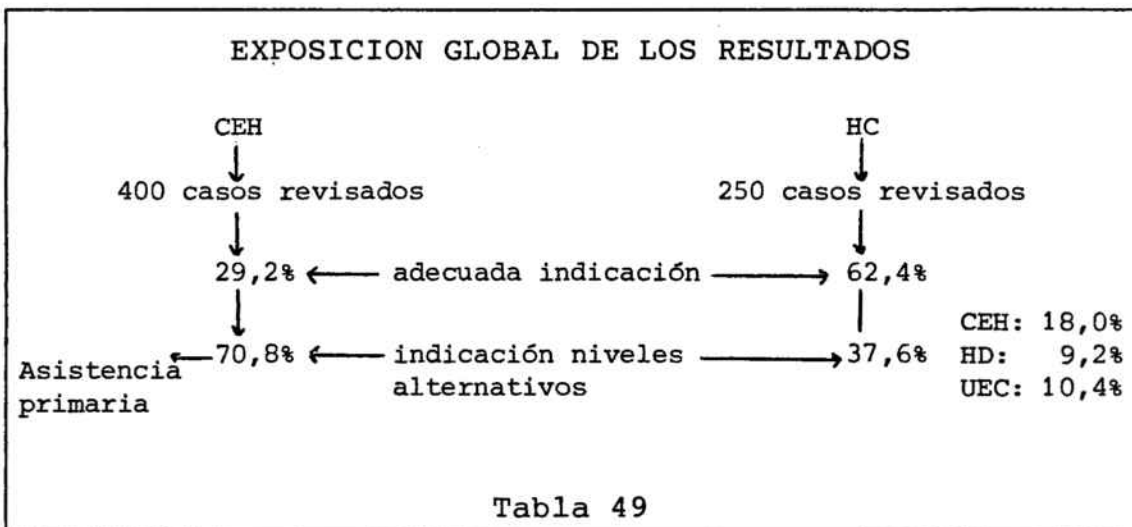
Por ello, junto a argumentaciones técnicas en el sentido de que son muchos los casos que podrían atenderse de forma más económica, menos yatrógena, menos compleja -en cuya línea querría hallarse este estudio- son necesarias decisiones organizativas, operativas, políticas, que hagan que el profesional pueda elegir el nivel de asistencia más adecuada en cada caso, por encima de motivos sociales, u organizativos, en función única y exclusivamente del estado de salud del individuo y de las complicaciones que pueda desarrollar.



CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1) De los 400 casos en CEH, el 70,8% podía haber sido adecuadamente atendido en el ámbito de la Asistencia Primaria. De los 250 de HC el 37,8% podía haber sido atendido en niveles alternativos (Tabla 49).



Estos resultados llevan a considerar que realmente la Asistencia Primaria es alternativa a la CEH y CEH, HD, UEC a la HC y que estos niveles alternativos propuestos han de ser potenciados, frente a niveles más complejos, costosos y agresivos.

Sin embargo, en el curso de la elaboración de estos

resultados han aparecido otros aspectos que es conveniente recordar, al momento de plantear las conclusiones. (Tabla 90).

2) Los niveles de asistencia, como cualquier otro elemento terapéutico, han de tener bien definidas sus indicaciones. En este trabajo se han propuesto determinadas indicaciones para CEH y HC y motivos de consulta idóneos para CEH,HC,HD.

No se trata de defender la conveniencia de las indicaciones o motivos de consulta propuestos. Sino de insistir en que en los hospitales y, en general, en las instituciones sanitarias es preciso establecer criterios de utilización de los niveles de asistencia.

Existe un excesivo conformismo en la aplicación de las antiguas formas de asistencia. Han evolucionado enormemente los medios diagnósticos y terapéuticos y, sin embargo, los niveles asistenciales -a excepción de la incorporación de la medicina intensiva- son muy parecidos a los que se utilizaban a principios de siglo.

En la elaboración de indicaciones se propone mantener el principio de que ha de intentarse, garantizada la cali-

dad de la asistencia, acceder siempre al nivel de menor intensidad, que habitualmente suele ser también el menos costoso y el menos yatrógeno.

3) En la revisión realizada en CEH ha sido posible comparar el grupo de los individuos que acuden por iniciativa propia y el de los individuos remitidos por otros médicos.

Del grupo de individuos que acude por iniciativa propia ingresa un 3,8%, mientras que del formado por individuos remitidos por otros médicos, ingresa un 6,7%, casi el doble.

Dado que en este trabajo el criterio de adecuada indicación se ha relacionado con la indicación de ingreso, cabe decir que, según los resultados obtenidos, están mejor indicados los casos que acuden habiendo sido previamente visitados por otros médicos.

Dicho de otra manera. Sería conveniente que los individuos accedieran a la CEH, por indicación de médicos de asistencia primaria tras visita previa.

4) En la revisión de los casos hospitalizados, cabe comprobar que ingresan por urgencias el 8,7% del total. Mientras que a través de la CEH, el 1,9%. Es decir que de

los servicios externos el que genera mayor indicación de "hospital", mayor "indicación de ingresar" es urgencias.

Todo hospital que quiera asumir la función de agudos tiene que asumir prestaciones de UCIAS y adecuarse para responder a esta tarea.

5) Por último cabe añadir que en la formación de los profesionales sanitarios ha de tener mayor importancia el análisis de la metodología disponible en el proceso de diagnosticar y sanar.

6) Y que la administración, los servicios de sanidad pública han de favorecer mediante sus normativas y financiación, la aparición de niveles asistenciales menos caros, menos complejos, menos yatrógenos.

CONCLUSIONES

La Asistencia Primaria es adecuada alternativa a la CEH
UEC, HD, CEH son alternativas a la HC

Los niveles de asistencia han de contar con concretas y precisas indicaciones como cualquier otro elemento terapéutico.

Los casos que acuden a CEH han de ser previamente filtrados a partir de visitas previas en el ámbito de la asistencia primaria

El hospital de agudos ha de asumir las prestaciones de la asistencia en régimen de UCIAS

En la formación de los profesionales sanitarios ha de tener mayor importancia el análisis de la metodología con la que cuentan en el proceso de diagnosticar y sanar.

La administración pública ha de estimular la aparición de niveles asistenciales menos caros, menos complejos, menos yatrógenos que los habituales ya existentes.

Tabla 90

T A B L A S

TABLAS

	<u>Págs</u>
1) Medicina asistencial, preventiva y ecológica....	15
2) Enunciado de la tesis.....	18
3) Niveles alternativos a CEH y HC.....	20
4) Desarrollo de la demostración (reducido).....	21
5) Niveles habituales en la mayoría de hospitales..	23
6) Criterios característicos de una UCI.....	25
7) Areas de alta vigilancia.....	26
8) Factores discriminantes en la HC.....	31
9) Nivel intermedio de hospitalización (NIH).....	34
10) Diversas formas de NIH.....	35
11) CIM: áreas habitual o unidades individualizadas.	36
12) Indicación de áreas individualizadas de CIM.....	38
13) Indicaciones semi-intensivos externos UCI.....	39
14) Necesidades de individuos sometidos a larga es- tancia hospitalaria.....	42
15) Tarifas base según niveles asistenciales.....	44
16) Fases de la enfermedad terminal.....	47
17) Causas de ingreso de enfermos terminales en hos- pitales de agudos.....	48
18) Síntomas más frecuentes en afecciones termina- nales.....	49

Págs.

19) Estrategias en el cuidado de terminales.....	50
20) Cuidados terminales en hospitales de agudos....	50
21) Equipo humano cuidados terminales.....	52
22) Donde viven las PEA.....	55
23) Adaptación del domicilio a las nuevas necesida- des de las PEA.....	57
24) Criterios diferenciales entre hospital y asilo.	60
25) Indicación de PEA en resistencias asistidas....	61
26) Niveles alternativos en la órbita de servicios externos.....	64
27) Utilización inadecuada de los servicios de ur- gencia.....	65
28) Cálculo del número de casos ingresados.....	68
29) Opción en medicina de urgencias.....	70
30) Indicaciones de la UEC.....	71
31) Experiencias en HD.....	75
32) Indicaciones de la Cirugía Ambulatoria.....	80
33) Conclusiones de experiencias alternativas en asistencia primaria (AP).....	90
34) Indicaciones de la asistencia domiciliaria (AD)	95
35) Alcance de la AD.....	98

	<u>Págs.</u>
36) Niveles graduados de asistencia. Cuadro General.....	102
37) Hospitales de carácter general de nivel II en Barcelona 47.....	106
38) Desarrollo demostrativo. Metodología.....	110
39) CEH como alternativa a la HC.....	113
40) Criterios de indicación de CEH utilizados.....	115
41) Indicaciones de la CEH.....	115
42) Casos que en la actualidad se remiten a CEH....	116
43) Distintas ventajas de asistencia primaria y CEH.....	118
44) Posibilidad de la hospitalización frente a los Servicios Externos.....	122
45) Discusión sistemática hospitalización convencional.....	123
47) Motivos de consulta sugestivos de asistencia en algunos de los niveles alternativos a la HC.....	127
48) Motivos de consulta indicación de CEH.....	128
49) Exposición global de resultados.....	130
50) Motivos de consulta por especialidades en CEH..	132

Págs.

51) CEH: motivos de consulta desglosados.....	133
52) Procedencia de los atendidos en CEH.....	135
53) Adecuada indicacion de CEH.....	137
54) Comparación iniciativa propia/remitidos otros médicos.....	138
55) Comparación total/subgrupo dirigido directamen- te a CEH.....	138
56) Consulta externa. Casos procedentes de urgen- cias.....	140
57) Consulta externa. Casos procedentes de urgen- cias. Correlación motivos de consulta/diagnós- tico.....	142
58) Consulta externa. Consulta previa a la hospita- lización. Relación de casos.....	143
59) Consulta externa. Consulta previa a la hospita- lización. Motivo de ingreso.....	144
60) Consulta externa. Post-hospitalización.....	145
61) Listado general de 250 casos ingresados revisa- dos.....	151
62) Ingresados procedentes de urgencias.....	164
63) Visitas servicios externos enero-octubre 1984..	149

	<u>Págs.</u>
64) Procedencia de los casos susceptibles de alternativa a HC.....	150
65) Estancia y estancias medias de los resultados considerados indicación de asistencia alternativa según su procedencia.....	150
66) Resultados de la serie de individuos ingresados según los criterios planteados.....	168
67) Ingresados susceptibles de asistencia en régimen de UEC.....	170
68) Ingresados susceptibles de asistencia en régimen de UEC agrupados por motivos de consulta...	172
69) Motivos de consulta indicación de UEC.....	173
70) Procedencia de los casos susceptibles de alternativa a HC. Niveles desglosados.....	176
71) Comparación grupo indicación de UEC con total de casos.....	176
72) Ingresados susceptibles de asistencia en régimen de HD.....	179
73) Motivos de consulta de los casos considerados indicación de HD.....	180
74) Comparación grupo indicación de HD con total de casos.....	181

	<u>Págs.</u>
75) Ingresados susceptibles de asistencia en CEH...	182
76) Ingresados susceptibles de asistencia en CEH agrupados por motivos de consulta.....	187
77) Motivos de consulta indicación de CEH.....	186
78) Comparación resultados ingresados procedentes de UCIAS y CEH.....	189
79) Casos indicación de niveles alternativos a la HC.....	190
80) Casos indicación de niveles alternativos a la HC. Desglosados por niveles.....	190
81) Subgrupo no procedente de UCIAS ni de HC.....	195
82) Secuencia de act. intervenciones terapéuticas en régimen de hospitalización convencional.....	204
83) Secuencia de intervenciones terapéuticas en régimen de HD.....	205
84) Comparación de costes HC y HD.....	206
85) Cálculo del reembolso en HD.....	208
86) Valoración del factor de corrección del coste de HD.....	208
87) Cálculo del ahorro de estancias en UEC.....	210
88) Ahorro UEC en la revisión realizada.....	211

	<u>Págs.</u>
89) Comparación HC con niveles alternativos.....	213
90) Conclusiones.....	227

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- 1) ASENJO MA: Funciones y organigrama del hospital. Jano 1978; 306:37-46.
- 2) SAN MARTIN H. Salud y enfermedad. La Prensa Médica Mexicana. México. 1981.
- 3) ABEL-SMITH B: XII Mesa Redonda del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (COICM) "La economía y la salud pública" Ginebra 8-9 nov. 1979, citado en ROEMER MI: Economía y política de salud. Crónica de la OMS 1980; 34:51-57.
- 4) PARDELL H: Funció de l'hospital. An Med (Barcelona) 1977; 63:1105-1123.
- 5) GONZALEZ CA. El hospital en un sistema regionalizado. MIR. Medicina del posgraduado 1979; 385-29-35.
- 6) ASENJO MA. Curso Monográfico de Doctorado. Gestión hospitalaria y economía médica. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona 1976.
- 7) ASENJO MA. La autonomía sanitaria: su estructuración a nivel regional. Hospital 80 1978; 16:7-28.
- 8) SCHWART WB. The regulation strategy for controlling Hospital costs: Problems and prospects. N Eng J Med 1981; 305:1249-1255.

- 9) EGDAHL RH. Ways for surgeons to increase the efficiency of their use of hospitals. N Eng J Med 1983; 309:1184-1187.
- 10) FABRY J, MEYNET R, JORON MT, SEPETJAN M, LAMBERT DC, GUILLET R. Cost of nosocomial infections: analysis of 512 digestive surgery patients. World J Surg 1982;6:362-365.
- 11) SCHIMMEL EM. The hazard of hospitalization. Ann Intern Med 1964; 60:100-110.
- 12) STEEL K, GERTMAN PM, CRESCENZI C, ANDERSON, J. Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. N Eng J Med 1981; 304:638-642.
- 13) EDDY DM. Clinical policies and the quality of clinical practice. N Eng J Med 1982; 307:343-347.
- 14) SAN MARTIN H. Los niveles de la atención médico-sanitaria. Jano 1979; 384-25-30.
- 15) SAN MARTIN H. Bases para la planificación y evaluación de la atención médica. Jano 1979; 385-29-35.
- 16) GOL J. El centre de Salut integrat. Ed. Laia. Barcelona 1981.
- 17) RAVENTOS J. El centre de salut dins les coordenades actuals. An Med (Barcelona) 1982; 68:205-221.

- 18) STEPHEN WJ. La atención primaria médica y el porvenir de la profesión médica. Foro Mundial de la Salud. 1981; 2:365-386.
- 19) FLAHAULT D. Un equipo integrado funcional para la asistencia primaria de salud. Crónica de la OMS 1976;30:481-485.
- 20) GOL J. El metge de capçalera en un nou sistema sanitari. Ed. Laia. Barcelona 1979.
- 21) BRAVO F, DE MIGUEL JM, POLO R, REVENTOS J, RODRIGUEZ JA. Sociología de los ambulatorios. Ed. Ariel. Barcelona 1979.
- 22) ACARIN N. L'assistència externa. An Med (Barcelona) 1977 63:1125-1135.
- 23) ECO U. Cómo se hace una tesis. Gedisa. Barcelona 1983.
- 24) LLORET, J. PUIG X, MUÑOZ J. Urgencias médicas. Análisis de 18.240 pacientes en el servicio de urgencias de un hospital general en el período de un año. Med Clin (Barcelona) 1984; 135-141.
- 25) WALKER DM. Emergency medicins in perspective. Can Med Assoc J 1982; 127:116-118.
- 26) FENOLLOSA B, ROMAR A. Revisión y control de la labor

asistencial en el área de Urgencias Central de la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social la Fe de Valencia. Período de tiempo: 10 a 16 de abril de 1978. Rev Sanid Hig Pública (Madrid) 1979.

- 27) GRIFFORD MJ. Emergency physicians and patients assessments: urgency of need for medical care. Ann Emergency Med 1980; 9:502-507.
- 28) CASAS X, CASAS M. L'atenció de les urgències a la ciutat de Barcelona. Gaseta Sanitària (Barcelona) 1984; 13:16-22.
- 29) TOMASA A, ALVAREZ F, KLAMBURG J, BENITO S, MARI R, BERTRAN A. Situació actual de la Medicina Intensiva a Catalunya. An Med (Barcelona) 1982; 68:511-530.
- 30) TOMASA A, KLMBURG J, ALVAREZ F, BENITO S, CERDA S, PUJOL J. Proposta per una planificació dels serveis de Medicina Intensiva a Catalunya. An Med (Barcelona) 1982; 68:531-540.
- 31) LAWIN P, OPDERBECKER HW. Organización de la Medicina Intensiva. En Lawin P ed. Cuidados intensivos. Barcelona, Salvat editores 1979; 1-40.
- 32) ABIZANDA R, JORDA R, VALLE FX et al. Evaluación de los pacientes críticos y su implicación en los costes. Med. Intensiva 1981; 1:58-61.

- 33) RUSSELL LB. The role of technology assesment in cost control, in Critical issues in medical technology. Mc NEIL BJ CARVALHO EG eds, The Auburn House. Boston 1982; 129-138.
- 34) ABIZANDA R, CARRIO M, IBAÑEZ P et al. Estudio sobre el coste económico de una unidad de Cuidados Intensivos. Policlínica 1980; 1:58-61.
- 35) ABIZANDA R: Consideraciones sobre la evaluación de los costes de la Medicina Intensiva. Med. Intensiva 1984; 8:213-217.
- 36) MANZANO JL, LUBILLO S, MANZANO JJ. BOLAÑOS J. BLAZQUEZ M. Unidad de Cuidados Intensivos, Las Palmas 1974-1977. Experiencia y conclusiones. Med Intensiva. 1978; 2-141-150.
- 37) BARRIO E, ROSSO C, GILSANZ V. Ensayo de una unidad de cuidados intermedios en un servicio de Medicina Interna. Arch Fac Med Madrid 1976; 39:221-230.
- 38) CADIerno M, DELAS J. Unidad móvil de cuidados intermedios. Nuestra experiencia en un hospital de 400 camas. Med Intensiva 1985; 9:58.
- 39) ALVAREZ F, PALET M. MONTEIS J. SOLSONA JF. Funcionamiento de una unidad de cuidados semi-intensivos. Va Reunió Associació Catalana de Medicina Intensiva. 1984. Llibres de comunicacions.

- 40) ALVAREZ F, MONTEIS J, SOLSONA JF. Graduación de la asistencia en medicina intensiva. Funcionamiento de una unidad de cuidados semi-intensivos. Med Intensiva 1985; 9:46.
- 41) CAMPION EW, BANG A, MAY MI. Why acute-care hospitals must undertake longterm care. N Eng J Med 1983; 308:71-75.
- 42) KENNEDY RD. Long term care by acute-care hospitals. N Eng J Med 1983; 308-1364.
- 43) GILLICK MR. Is the care of Cronically ill a medical prerogative. N Eng J Med 1984; 310:190-193.
- 44) QUILEZ M. "LA 621". El Ciervo (Barcelona) 1985; 408-409:30.
- 45) LARROSA C. Hospitalización a domicilio. Una nueva opción asistencial. Policlínica 1982;13:20-27.
- 46) PASSERON P, GAUTERON L. L'hospitalisation á domicile de l'assistenace publique. Gestions Hospitalières, 1976 161:1109-1110.
- 47) VALTUEÑA JA. Hospitalización a domicilio. MIR. Medicina de Posgraduado. 2:315-317.
- 48) SAVI J. La hospitalización a domicilio. Foro Mundial de la Salud 1981; 2:468-472.

- 49) GUILLEN F, MOHINO J, DEL VALLE I. Ayuda a domicilio. Jano 1981; 465:104-108.
- 50) SARABIA J. La hospitalización a domicilio. Una nueva opción asistencial. Policlínica 1982;13:20-27.
- 51) PARDELL H. La hospitalización a domicilio. Doctor 1975; octubre: 51-58.
- 52) CORNUDELLA R. Rehabilitación respiratoria en la obstrucción crónica al flujo aéreo. Medicine (Madrid) 42:2585-2593.
- 53) Mc NULTY B. Tratamiento ambulatorio y domiciliario desde el Hospice. En cuidados de la enfermedad maligna terminal CM Saunders Salvat editoresa 1980; 207-225.
- 54) BALLESTEROS J, QUEREJETA I, LEGARDA J, URIZAN F, RIVAS A. Deshabitación de pacientes heroínómanos con clonidina en régimen de hospitalización domiciliaria. Med Clin (Barcelona) 1984; 83:177.
- 55) DUQUE M. La hospitalización domiciliaria, una fórmula a potenciar. Consulta 1984; julio: 7-8.
- 56) SARABIA J. Análisis económico de la hospitalización a domicilio y su comparación con los costes hospitalarios. Revista de Seguridad Social 1983; 17:131-140.
- 57) LOCUTUSA J, GUEMES M, RIOJA ML. Hospitalización a domicilio: ¿por qué no? Med Clin (Barcelona) 1985; 84:378-379.

- 58) BURR BH, GUYER B, TODRES JD, ABRAHAMS B, CHIODO T. Home care fo children on respirators. Ne Eng J Med 1983; 309:1329-1323.
- 60) AUSIN L, BEJAR J. GUTIERREZ R, GUZMAN R, MIR L, PEREZ MT. Criterios diferenciales entre el hospital de cuidados mínimos y el asilo. Policlínica 1982; 13:16-19.
- 61) Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Assistència Social. La Sanitat a Catalunya. Barcelona. Servei Central de Publicacions de la Generalitat de Catalunya 1980.
- 62) Generalitat de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat nº 312, 16-3-83.
- 63) Generalitat de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat nº 325, 4-5-83.
- 64) SILVER RT. El paciente moribundo: punto de vista de un clínico. Am J Med (ed esp) 1980; 11:224-227.
- 65) KUBLER-ROSS E. Death and dying. Tavistock public London 1969.
- 66) SILVER CP. Cuidados terminales. British Journal of Hospital Medicine (ed esp) 1977; 1701-1704.
- 67) JANZ J. BILD RE. El paciente con enfermedad terminal. Los intocables de la medicina. Med Clin (Barcelona) 1985;84:691-693.

- 68) WILKES E. Terminal cancer at home. Lancet 1965; 1:799-81.
- 69) MATILLA V. Medicina de moribundos. Arch Fac Med Madrid 1975 28:113-115.
- 70) WEST TS. Tratamiento hospitalario de la enfermedad maligna avanzada. En cuidados de la enfermedad maligna terminal. Cicely M Saunders Salvat ed Barcelona 1980; 187-206.
- 71) WILKES E. Morir ahora. Lancet (ed esp) 1984;5:197-199.
- 72) MELZACK R. The Brompton Mixture: Effects on pain in cancer patients. Canadian Medical Association Journal 1976 115-125.
- 73) BAYER R, CALLAHAN D, FLETCHER J et al The care of the terminally ill: morality and economics. N Eng J Med 1983; 309:1490-1494.
- 74) KENNEDY BY. Who says it is terminal. JAMA 1978; 239-138.
- 75) WERTH GR. Death in a hospice. N Eng J Med 1984; 310-1128.
- 76) SAUNDERS CM. Terminal care in Medical Oncology. Ed KD BAGSHAW. Blackwells Oxford. 1975.

- 77) PARKES CM. Home or Hospital Terminal care as seen by surviving spouses. J Roy Coll Gen Pract 1979; 28:19-30.
- 78) REILLY PM, PATTEN MP. Terminal care in the home. J. Roy Coll Gen Pract 1981; 31:531-537.
- 79) SAUNDERS CM. The Management of terminal disease. Londres Edward Arnold 1978.
- 80) TWYCROSS RG, VENTAFRIDDA V. The continuing care of the cancer patient. Oxford, Perdamon Press 1980.
- 81) WILKES E. Knowledge of diagnosis and quality of life. Nursing Times 1977; 73:1506-1507.
- 82) HINTON JM. Physical and mental distress of the dying. Quart J Med 1963; 32:1-21.
- 83) LINARES JL. Aspectos sociales de la vejez. Jano 1982 (extra) dic 53-57.
- 84) GARCIA JL. Hospital y centros de día. Jano 1981; 465:72-78.
- 85) GUILLEN F. Hospital de día. Publicaciones Sandoz 1978.
- 86) BROCKLEHURST JC. The geriatric Day Hospital. Ed King Edward's Hospital. London 1976.

- 87) MARTINEZ JM, GARCIA JL. Unidades de larga estancia. *Jano* 1981; 465:95-98.
- 88) RABKIN MT. Control of Health-Care Costs: Targetin and coordinating the Economic Incentives. *N Eng J Med*: 1983 309:982-984.
- 89) MOXLEY JH, ROEBER PC. New opportunities for out-of-hospital health services. *N Eng J Med* 1984; 310:193-197.
- 90) PARDELL H. Organización de un servicio de urgencias hospitalarias. *Policlínica* 1982; 14:41-45.
- 91) OMS. Informe del grupo técnico sobre planificación y organización de los servicios de urgencias. *Policlínica*. 1982; 14:46-49.
- 92) BOSCH E. El circuito de urgencias. *British Journal of Hospital Medicine*. (ed esp) 1979; 10:75.
- 93) ASENJO MA. Número de camas de los hospitales generales. *MIR. Medicina del Posgraduado*. 1980; 2:600-601.
- 94) DELAS J. Consulta externa en Medicina Interna. *Med. Clin (Barcelona)* 1984; 82:603-604.
- 95) CREDE RH. Medicina asistencial y programas de formación en Medicina Interna General. *Am J Med (es esp)* 1976; 4:113-116.

- 96) STOECKLE JD, LEAF A, GROSSMAN JH, GOROLL AH. Historia y futuro de la formación médica extrahospitalaria. Am J Med (ed esp) 1979; 9:469-476.
- 97) ASENJO MA. Cálculo de la plantilla del personal del hospital. MIR. Medicina del Posgraduado. 1981; 3:217-222.
- 98) ARAGO I. El concepto del Hospital de Día sigue evolucionando. Estudios sobre hospitales 1979; 96:34-35.
- 99) DEVRIES C, CHATELIER G, DEGOULET P et al. Tratamiento de la hipertensión arterial. Eficacia comparada entre el hospital de día y la hospitalización clásica. Nouv Presse Med (ed esp) 1984; 3:60-64.
- 100) MARTINEZ-ARMENOS A, CARALPS A, CARRERAS L et al. La hipertensión arterial en el hospital. Experiencias de la Sección de Hipertensión del Hospital de Bellvitge-Prnceps d'Espanya Med Clin (Barcelona) 1984; 82:698-701.
- 101) DETMER DE. Ambulatory Surgery N Eng J Med 1981;305:1406-1409.
- 102) KNAPP MR. Ambulatory Surgery. Med Group Manage 1979; 26 (5):51-2, 58-9.
- 103) DAVIS JE, DETMER DE. The ambulatory surgical unit. Ann Surg 1972; 175:856-862.

- 104) REED WA, FORD JL. Outpatient clinic for surgery. Med World News 1971; 12:59-61.
- 105) O'DONNOVEN TR. Cost of services in ambulatory surgical facilities. J Ambulatory Care Manage 1979; 2(4):23-28.
- 106) NATOF HE. Complications associated with ambulatory surgery. JAMA 1980; 244:1116-1118.
- 107) OLSON LL. Establishing freestanding ambulatory surgery centers: the planning and regulatory process. Chicago. American Medical Association 1982.
- 108) SIMPSON JEP. Cuidados quirúrgicos de día. British Journal of Hospital (ed esp) 1977; 4:1724-1731.
- 109) QUESADA E. El hospital actual y sus servicios externos. MIR. Medicina del Posgraduado. 1980; 2:62-71.
- 110) OMS. Conferencia de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud. Crónica de la OMS 1978; 32:445-468.
- 111) MAHLER H. La OMS que ustedes desean. Crónica de la OMS 1980; 34:3-9.
- 112) FERNANDEZ C, MANUEL E, PASCUAL T, PEREZ A, VEGA L. El centro de salud. Profesión Médica 1980;30-X-80:28.

- 113) BLANCO P, RODERO F, CARRO J,, VAZQUEZ J, LOPEZ T, FERNANDEZ C. Experiencia sanitaria de Montánchez. Jano 1979;395:33-46.
- 114) SEGURA ML, SOLANO JF, ATENZA J, GARRIDO LJ, FRANCIA JM, SEGURA A. El trabajo de campo del Centro Nacional de Demostración Sanitaria como apoyo a la medicina comunitaria. Jano 1979; 392:42-47.
- 115) ALVAREZ-GARCILLAN G. Centros de Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Madrid. Profesión Médica 1982;1:7 marzo:12.
- 116) MARTIN A, CANO JF. Las unidades docentes extrahospitalarias del programa de medicina familiar y comunitaria. MIR. Medicina del Posgraduado. 1982;4:464-465.
- 117) RAMOS GM, TIBAU A, AVILES A, FLORES MD. La unidad docente de medicina familiar y comunitaria "Justo Oliveras". Análisis de 6 meses de funcionamiento. MIR. Medicina de Posgraduado 1982; 4:446-469.
- 118) Generalitat de Catalunya. Direcció Central d'assistència Sanitària. Informe sobre Ciutat Badia. 18-9-83.
- 119) VILLALBI JR, REVENTOS J, ROVIRA J, ESPINOS N, FORES D. Impacto del programa de residencia en Medicina Familiar y Comunitaria sobre la asistencia primaria. Med Clin (Barcelona) 1984;82:16-17.

- 120) WECHSLER H, LEVINE S, IDELSON RK, ROHMNA M, TAYLOR JO. The physician role in health promotion. A survey of primary-care practitioners. N Eng J Med 1983; 308:97-100.
- 121) GERVAIS JJ, PEREZ MM, ABRARIA V, ZAPLANA J. Concordancia entre médico y paciente en una consulta de Medicina General. Med Clin (Barcelona) 1985;84:400-404.
- 122) Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Desplegament del Mapa Sanitari. Volum 4. Barcelona. 1983.
- 123) Generalitat de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat nº 187. 21-XII-1981.
- 124) BOSCH JM, RIOS M, PUIG A, et al. Urgències pediàtriques Un estudi sociopatològic prospectiu de 2.416 pacients. An Med (Barcelona) 1985; 71:152-155.
- 125) ROZMAN C. Reflexiones sobre la Medicina Interna en la Universidad. Med. Clin (Barcelona) 1983; 80:167-171.
- 127) ANDREU F. Consideraciones acerca de la formación actual del internista. Med Clin (Barcelona) 1983; 81:22-23.
- 128) DELAS J. VIVES A. CASAUBON JL. PUIGDOLLERS JM. Crisi de la Medicina Interna. 1er. Congrés Català de Medicina Interna. Llibre de Comunicacions. Comunicació 31. Barcelona 1983; 91.

- 129) ROZMAN C. Prólogo a la novena edición en Farreras-Rozman Medicina Interna ed Marín Barcelona 1979; XI-XIII.
- 130) FOZ M. Medicina interna i especialitats mèdiques. An Med (Barcelona) 1981; 67:707-709.
- 131) VILARDELL L. Problemas en la formación de médicos especialistas. Sant Pau (Barcelona) 1981; 10:169-171.
- 132) HAMERMAN D. La medicina asistencial y el departamento de Medicina. Am J Med (ed esp) 1976; 4:113-116.
- 133) RIVERO-PUENTE A. El Servicio de Medicina Interna de una residencia del Insalud de capacidad media. Tribuna Médica 1981; 899-39-41.
- 134) BURKE GR, CORMAN LC. Servicio de consulta de medicina general en un hospital docente universitario. Clin Med de Nort (ed esp) 1979; 6:1349-1353.
- (135) NAPODANO RJ, YOUNG LE. Programa de medicina interna de los hospitales asociados a la Universidad de Rochester: siete años de experiencia con una residencia innovadora por toda la ciudad, para la preparación de internistas generales. Am J Med (ed esp) 1982; 421-425.
- (136) SCHNABEL TG. Is medicine still an art? N Eng J Med. 1983; 309:1258-1261.

- 137) SCHWARTZ TB. For fun and profit: How to install a First-Rate Doctor in a third-Rate Nursing Home. N Eng J Med 1982; 306:743-744.
- 138) SOMERS AR. Why not try preventing illness as a way of controlling medicare costs. N Eng J Med 1984; 311:853-857.
- 139) ASENJO MA. Los comités hospitalarios de control de calidad. Jano 1982; 521: 58-63.
- 140) CUERVO JJ, BELENES R. GUTIERREZ R. La evaluación de las funciones hospitalarias: el control de calidad. Sant Pau (Barcelona) 1982; 3:23-28.
- 141) DONABEDIAN A: Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund. Quarterly Part 2 1966; 44:106-206.
- 142) Generalitat de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat nº 187. 21-XII-1981.
- 143) PARDELL H, Estructuración del control de calidad interno del hospital. Jano 1982; 521:41-42.
- 144) AUSIN JLL, BEJAR J, GUTIERREZ R, GUZMAN R, MILL LL, PEREZ MT. Presentació d'una metodologia per a l'avaluació del rendiment mèdic als hospitals. An Med. (Barcelona) 1982; 68:575-584.

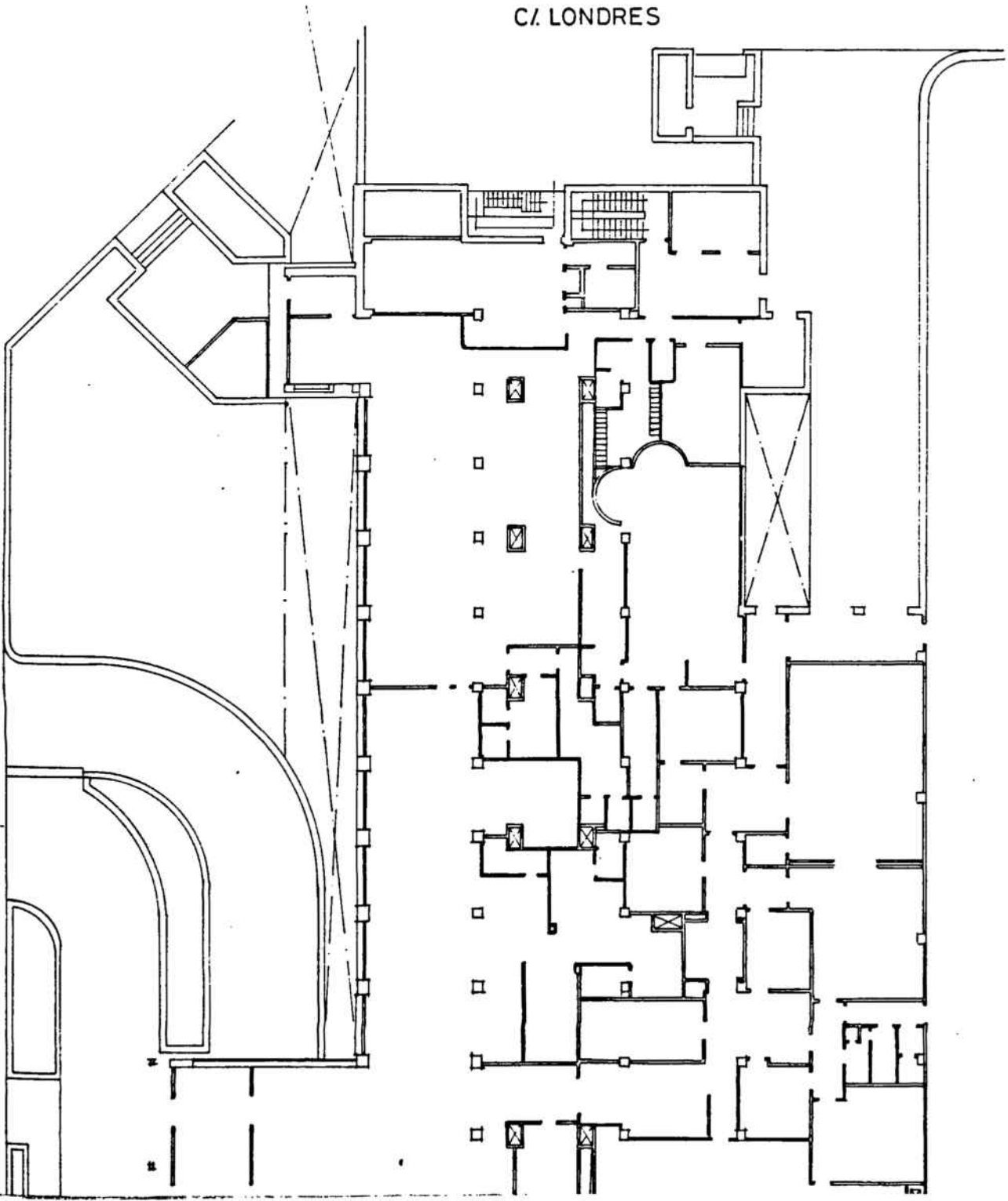
- 145) PARDELL H. Fundamentos y evolución del control de calidad. Jano 1982; 521:31-34.
- 146) SUÑOL R. FOZ G. Sobre la qualitat de l'assistència. Monografies Mèdiques 25. Acadèmica de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Barcelona, 1982.
- 147) ASENJO MA. Estructura funcional hospitalaria y control de calidad asistencial. Subsecretaria de la Salud. Madrid 1978.
- 148) OMS. Los servicios de laboratorio en la atención primaria de salud. Crónica de la OMS. 1979; 33:377-381.
- 149) RACOVEANU T. Hacia un servicio básico de radiología. Foro Mundial de la Salud 1981; 2:604-608.

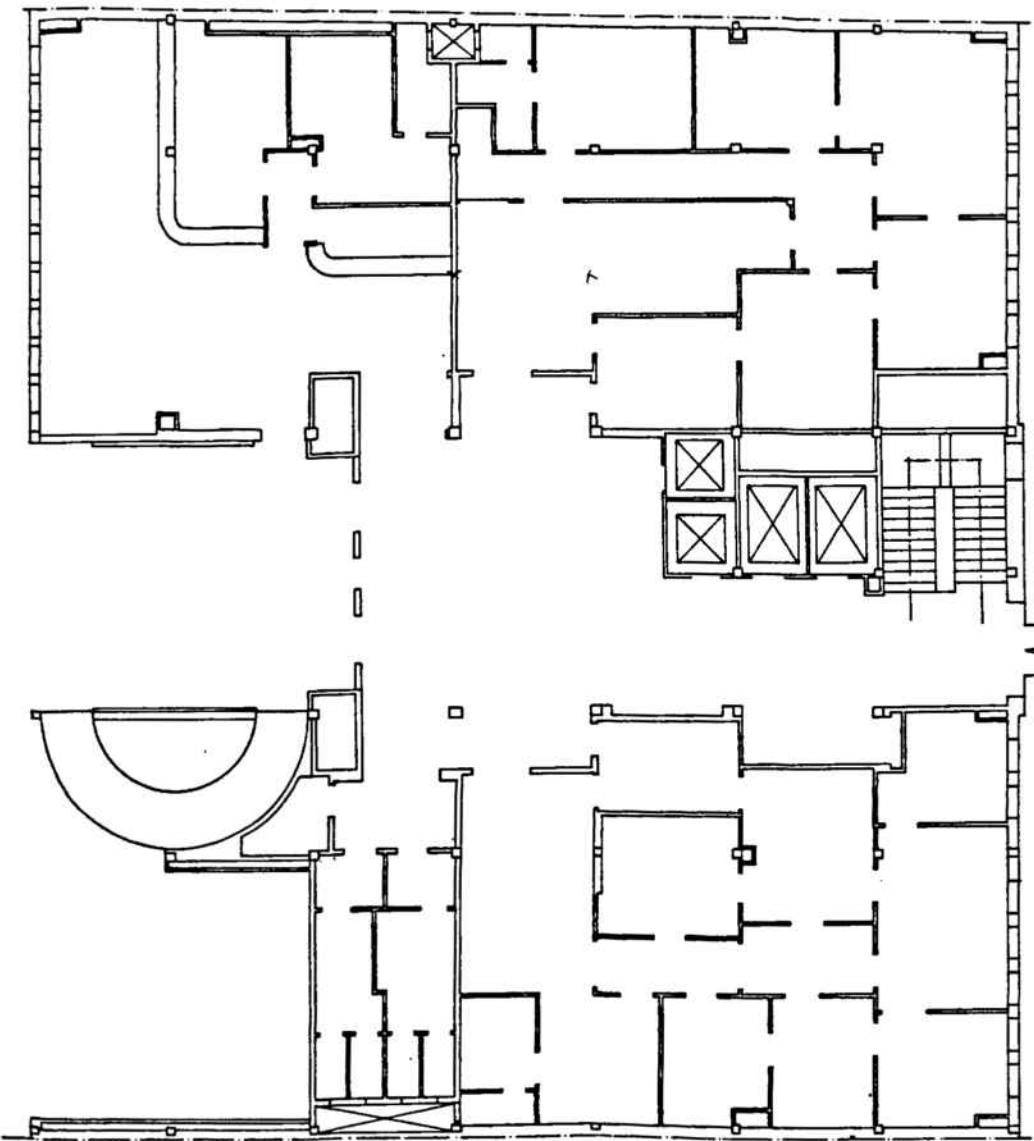
A P E N D I C E

(planos del hospital)

C/ LONDRES

C/VILADOMAT

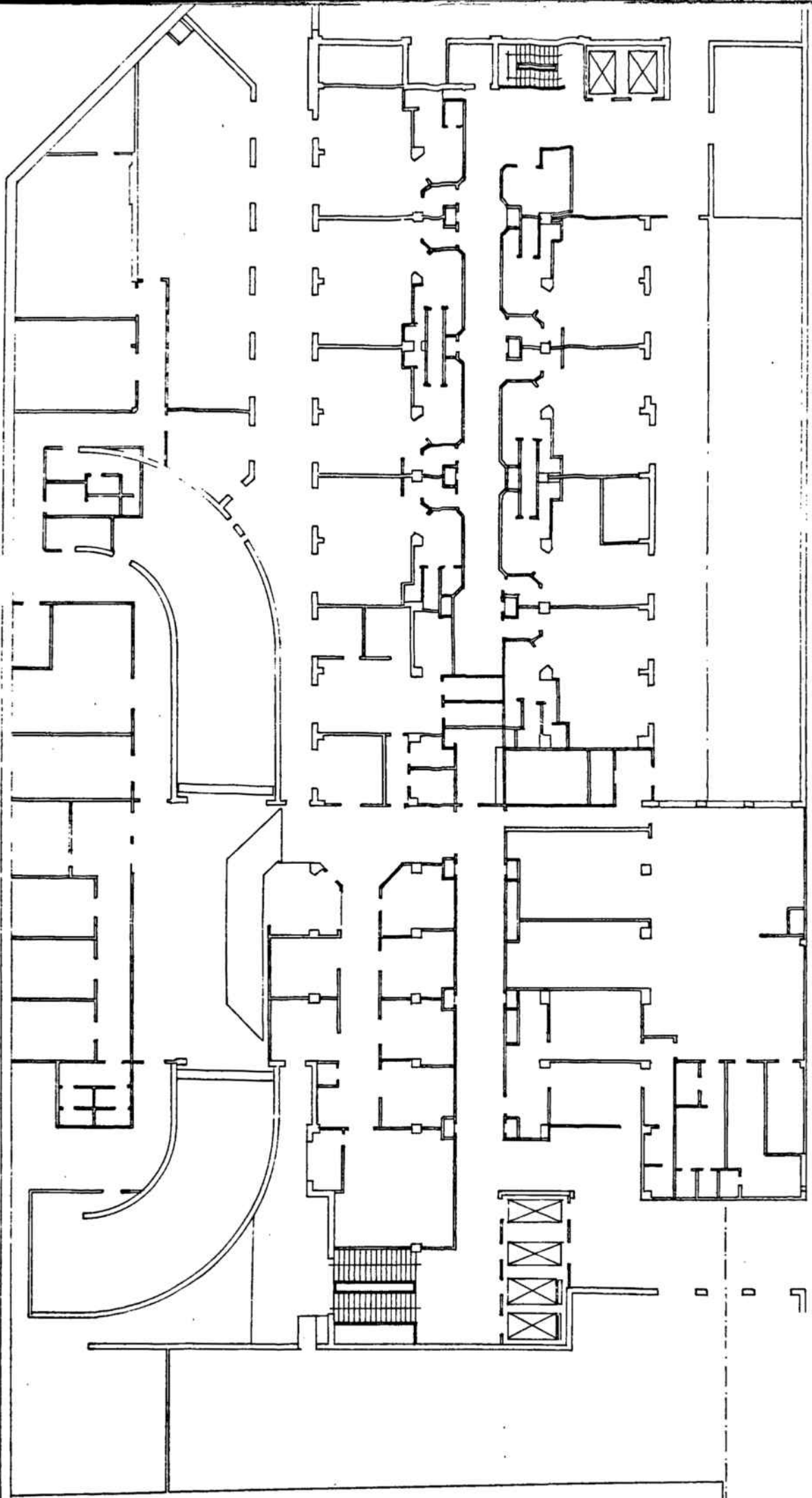




a bloques Quirurgico
y Enfermeria

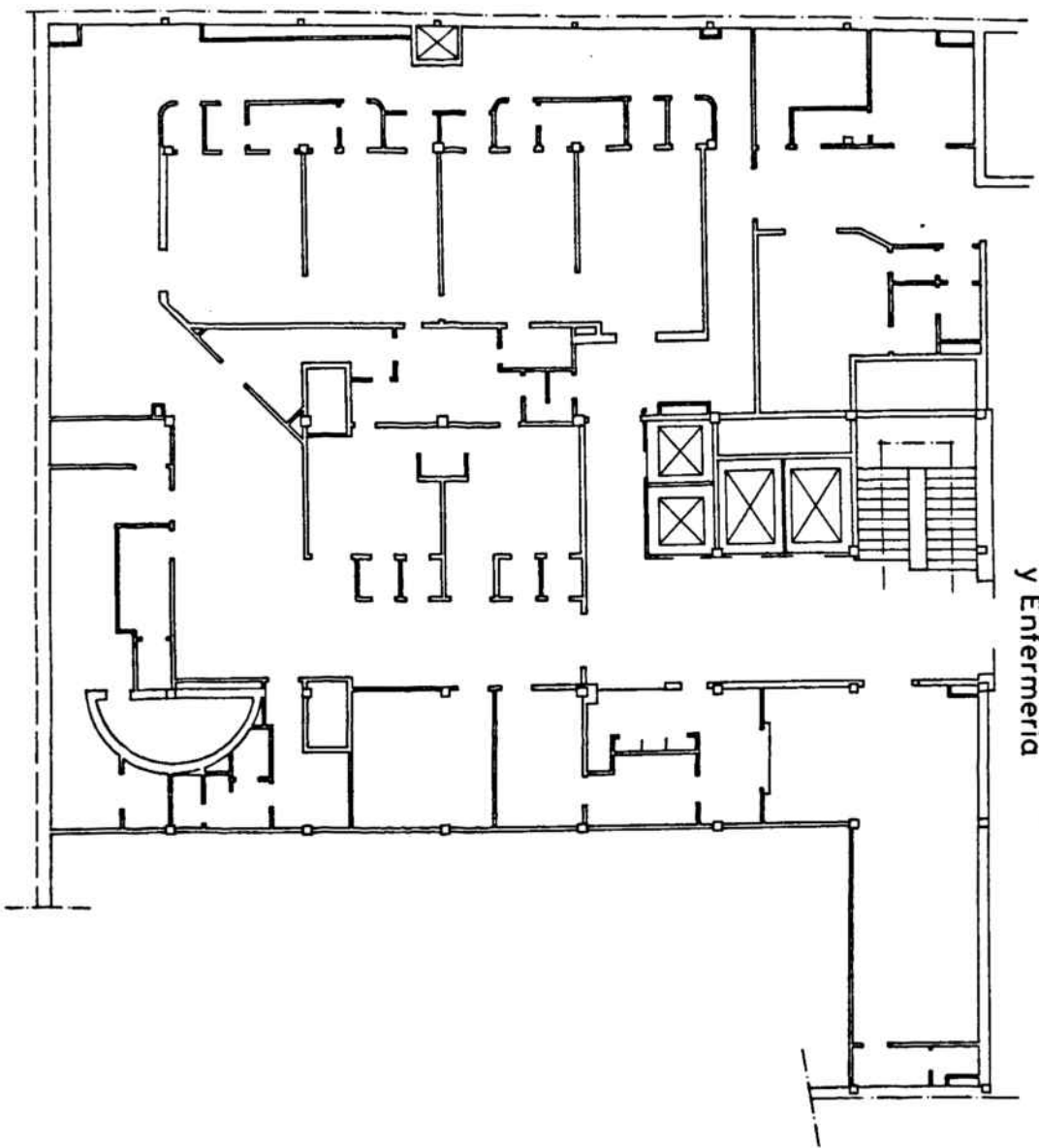
PLANTA BAJA
BLOQUE POLICLINICO

Policlínica



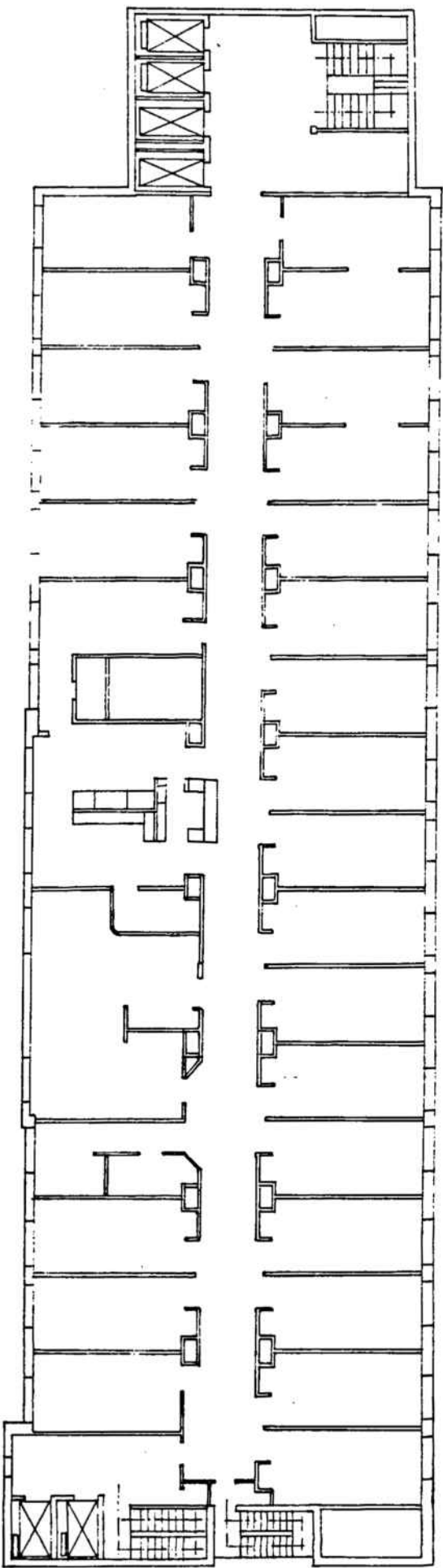
C/VILADOMAT

SOTANO 1^o
BLOQUE ENFERMERIA



a bloques Quirurgico
y Enfermería

SOTANO 1^o
BLOQUE POLICLINICO



C/ VILADOMAT

C/ LONDRES

PLANTAS 10,9,8,6,5,4 y 2ª
BLOQUE ENFERMERIA

"FINIS CORONAT OPUS"