

EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE RÁPIDO DIAGNÓSTICO Y BREVE ESTADÍA IMPLEMENTADA EN ARGENTINA

ANA SALOMÓN¹, MARTÍN DURLACH¹, DANIELA C. CARBONE¹, MARINA KHOURY²,
ANA V. LUDUEÑA¹, LUCAS G. DE FEO¹

¹Servicio de Clínica Médica, ²Dirección de Docencia e Investigación, Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Ana Salomón, Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Av. Combatientes de Malvinas 3150, 1427 Buenos Aires, Argentina

E-mail: anasalomon90@gmail.com

Recibido: 13-III-2024

Aceptado: 18-VI-2024

Resumen

Introducción: Las unidades de diagnóstico rápido son una alternativa asistencial a la hospitalización convencional que permiten la atención ambulatoria de pacientes con sospecha de enfermedad potencialmente grave. Se describe el primer año de funcionamiento de una Unidad de Rápido Diagnóstico y Breve Estadía (URDBE).

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo. Entre mayo 2022 y abril 2023 se atendieron 696 pacientes y se registraron 739 eventos definidos cada uno como ingreso del paciente a la URDBE por un motivo determinado.

Resultados: De los 739 eventos 37.9% (n=280) fueron evaluados por sospecha de enfermedad potencialmente grave, 37.1% (n=274) fueron eventos quirúrgicos de baja complejidad programados, 8.7% (n=64) fueron una rápida evaluación pre-quirúrgica por diagnóstico de enfermedad grave, 9.7% (n=72) controles tras externación de sala general y 6.6% (n=49) fueron eventos vinculados a hospital de día. De los 280 eventos evaluados por sospecha de enfermedad grave, la mediana de días hasta la primera consulta fue 1 día (rango intercuartil 0-2) y hasta el diagnóstico fue 0 días (rango intercuartil 0-6). Los diagnósticos más frecuentes fueron enfermedades oncológicas (25%), infecciosas (15%) y digestivas (11%). Un 13% precisó internación en sala general antes de arribar al diagnóstico. De los eventos quirúrgicos programados solo un 2.9% requirió internación en sala general por complicaciones.

Discusión: La unidad logró realizar una primera evaluación y arribar al diagnóstico en tiempos acotados. Se evitaron consultas a guardia externa e internaciones en sala general, aumentando así la disponibilidad de camas.

Palabras clave: diagnóstico rápido, consulta rápida, alternativa ingreso hospitalario, unidad de diagnóstico rápido, internación breve, internación inapropiada

Abstract

Experience of a rapid diagnostic and short stay unit implemented in argentina

Introduction: Rapid diagnostic units (RDUs) represent an alternative to conventional hospitalization diagnosis, enabling outpatient care for patients with suspected potentially severe disease. The first year of operation of a Rapid Diagnostic and Short Stay Unit (RDSSU) is described.

Materials and methods: Retrospective study involving 696 patients, documenting 739 events defined as each patient's entry into the RDU for specific reasons.

Results: Of the 739 events, 37.9% (n=280) were evaluated for suspected potentially serious disease, 37.1% (n=274) were scheduled low-complexity surgical events, 8.7% (n=64) were a rapid pre-evaluation -surgical due to diagnosis of serious disease, 9.7% (n=72) control after

discharge from the general ward and 6.6% (n=49) were events linked to day hospital. Of the 280 events evaluated for suspected serious disease, the median number of days until the first consultation was 1 day (interquartile range 0-2) and until diagnosis was 0 days (interquartile range 0-6). The most frequent diagnostic groups were oncological disease (25%), infectious diseases (15%) and digestive diseases (11%). A 13% required hospitalization in a general ward before reaching the diagnosis. Of the scheduled surgical events, only 2.9% required hospitalization in the general ward due to complications.

Discussion: The unit successfully conducted initial evaluations and reached diagnosis within a short time-frame, avoiding emergency room visits and general ward admissions, thereby increasing bed availability.

Key words: early diagnosis, rapid diagnosis, hospital admission alternative, quick and early diagnostic outpatient unit, brief hospitalization, inappropriate admissions

PUNTOS CLAVE Conocimiento actual

- El concepto de Unidad de Diagnóstico Rápido fue introducido como una alternativa asistencial a la hospitalización convencional destinada a mejorar la utilización de recursos y la accesibilidad al sistema de salud de pacientes con enfermedades potencialmente graves.

Contribución del artículo al conocimiento actual

- Nuestra unidad diagnosticó pacientes con sospecha de enfermedad potencialmente grave en tiempos acotados, evitó consultas a guardia externa y disminuyó el número de internaciones en sala general. Consideramos este modelo asistencial como una herramienta valiosa para una mejor gestión hospitalaria y una estrategia de atención adecuada a cada población.

El concepto de unidad de diagnóstico rápido y temprano fue introducido por primera vez en el Reino Unido en 1996 por Kendall y col.¹. Describieron un servicio hospitalario de atención de pacientes que permitía llegar al diagnóstico

sin necesidad de internación. Desde entonces surgieron alternativas asistenciales a la hospitalización convencional, generalmente bajo la dependencia del servicio de medicina interna y conocidas como unidades de rápido diagnóstico, unidades de corta estadía, consultas de atención inmediata, etc. Las mismas están destinadas a mejorar la utilización de recursos y la accesibilidad al sistema de salud de pacientes con enfermedades potencialmente graves, limitando las listas de espera para atención ambulatoria, las internaciones inadecuadas y las estancias hospitalarias prolongadas².

En el Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari durante el año 2022 se puso en funcionamiento la Unidad de Rápido Diagnóstico y Breve Estadía (URDBE). Sus objetivos fueron disminuir los tiempos de demora en la atención de pacientes con sospecha de enfermedad potencialmente grave, reducir los tiempos de evaluación prequirúrgica de pacientes con enfermedad grave (oncológica o no) y brindar atención a pacientes que requerían internación por tres días o menos.

El objetivo del trabajo fue describir la experiencia durante el primer año de funcionamiento de la URDBE y en base a ello realizar recomendaciones tendientes a mejorar la calidad de atención en nuestra institución.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes atendidos en la URDBE del Instituto Lanari en el periodo comprendido entre mayo de 2022 y abril de 2023. El proyecto fue aprobado por el Comité de Docencia e Investigación y el Comité de Ética de la institución.

El Instituto Lanari es un centro médico universitario con 46 camas de internación en sala general, 8 en unidad de terapia intensiva y 5 en guardia externa. En el Instituto, durante el periodo de 12 meses definidos para este estudio, el número de ingresos a sala de internación fue de 3152 y las consultas a guardia externa fueron 6285.

La URDBE posee un sector ambulatorio que funciona de lunes a viernes de 8 a 17 horas y un sector para internaciones breves (menos de 72 horas). El equipo a cargo está conformado por un médico especialista en medicina interna, médicos residentes de medicina interna, enfermería y personal administrativo destinado al sector. Los pacientes son derivados desde consultorios externos,

guardia externa o sala de internación a través de la comunicación directa con el médico a cargo de la URDBE, quien programa la primera visita.

Para intentar mejorar la demora en la atención ambulatoria de pacientes con sospecha de enfermedad potencialmente grave, en la unidad se realiza una evaluación de forma multidisciplinaria y se agiliza la realización de los estudios complementarios pertinentes. Para evitar ingresos a sala general, también se realizan internaciones quirúrgicas programadas de baja complejidad.

La URDBE realiza la evaluación prequirúrgica rápida de pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica o grave. Los estudios prequirúrgicos básicos se realizan en el mismo día de la consulta (laboratorio, radiografía de tórax, electrocardiograma y tomografía computada). Cuando se requieren estudios adicionales, estos son programados por el sector administrativo.

A medida que la unidad empezó a funcionar se identificaron necesidades de atención no planificadas inicialmente. Se sumaron entonces actividades asistenciales ambulatorias vinculadas a hospital de día como transfusión de hemoderivados, aplicación de medicación parenteral, entre otras; y se realizó la atención de pacientes externados de sala general que requerían una pronta reevaluación.

En el periodo en estudio se atendieron 696 pacientes, con un total de 739 eventos registrados. Un evento se definió como cada ingreso a la URDBE por un motivo determinado. A lo largo de los 12 meses un mismo paciente podía presentar más de un evento y cada evento, más de una evaluación ambulatoria y/o más de una internación. Se registraron 793 evaluaciones ambulatorias y 461 internaciones. En la Figura 1 se observan los eventos evaluados, las internaciones y consultas ambulatorias registradas.

Además de los datos demográficos de cada paciente, se recolectó la siguiente información de cada evento: sitio de derivación, motivo de consulta inicial y diagnóstico final. Se registraron interconsultas a especialistas, estudios realizados y si el paciente precisó internación en sala general. De aquellos pacientes internados en la URDBE se registraron cantidad de días de internación, si el motivo era clínico o quirúrgico y el tipo de cirugía.

Análisis de datos

Los resultados se presentan como frecuencia absoluta y porcentaje en variables categóricas, y como mediana y rango o rango intercuartil en variables numéricas. Se calculó la mediana de tiempo hasta la primera consulta (días que transcurrieron desde que se solicitó la evaluación del paciente hasta la primera visita a la unidad) y la

mediana de tiempo al diagnóstico (días desde la primera visita hasta el resultado del análisis clínico y/o estudio complementario que permita establecer un diagnóstico de certeza, aunque esté pendiente la confirmación histológica)³.

Resultados

Se analizaron datos de 696 pacientes (mediana de edad 75.5 años, rango 18-101), y de 739 eventos registrados (329 hombres y 410 mujeres). De los 739 eventos, el 37.9% (n=280) fueron eventos evaluados por sospecha de enfermedad potencialmente grave, 37.1% (n=274) fueron eventos quirúrgicos de baja complejidad programados, el 9.7% (n=72) de los eventos fueron controles de pacientes externados del sector de medicina interna, en el 8.7% (n=64) se realizó una rápida evaluación prequirúrgica de pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica o grave y un 6.6% (n=49) de los eventos requirieron actividad asistencial vinculada a hospital de día (Fig. 1).

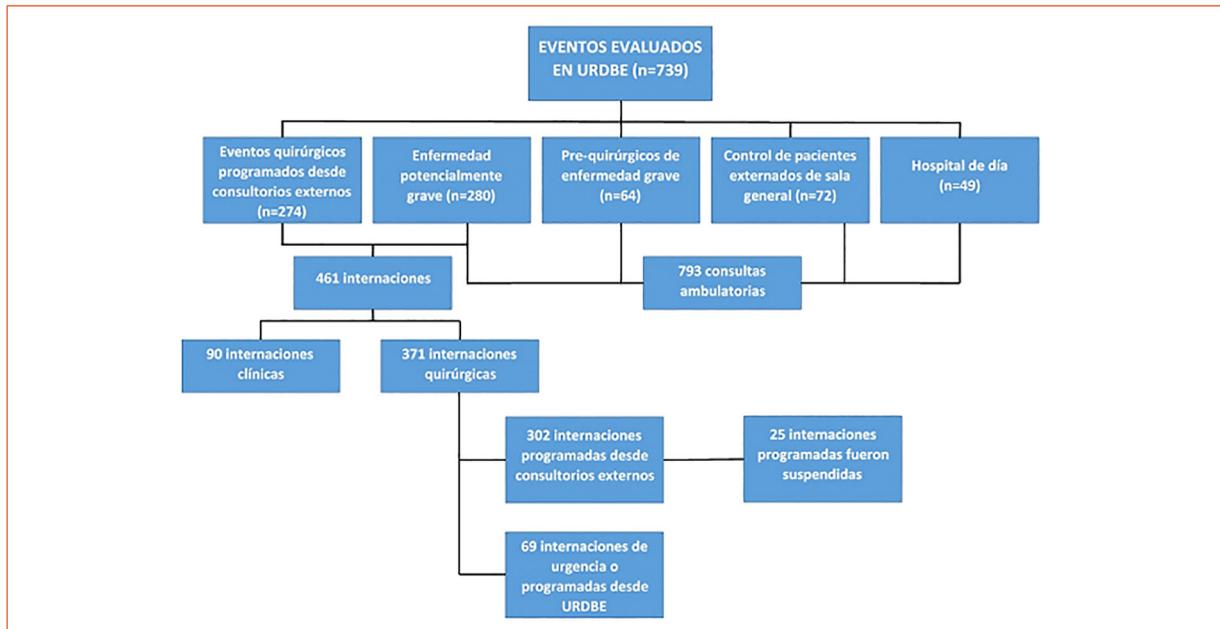
Enfermedad potencialmente grave

Fueron evaluados 280 eventos por sospecha de enfermedad potencialmente grave. El 55.7% fue derivado desde consultorios externos, 32.9% desde el servicio de guardia externa y 11.4% desde la sala de internación. Los motivos de consulta más frecuentes fueron síntomas gastrointestinales (16.1%), disnea (10.7%), síndrome constitucional (10.7%), síntomas neurológicos (10.4%) y tumoraciones (8.2%) (Tabla 1).

La mediana de días que transcurrieron desde la solicitud de evaluación del paciente hasta la primera consulta fue de 1 día (rango intercuartil 0-2) y la mediana de días desde la primera consulta hasta el diagnóstico fue de 0 días (rango intercuartil 0-6). Los grupos diagnósticos más frecuentes fueron enfermedad oncológica (25.7%), enfermedades infecciosas (15.7%), digestivas (11.1%) y cardiovasculares (10.4%). Los diagnósticos finales realizados de los cuatro grupos diagnósticos más frecuentes se detallan en la Tabla 2.

De los 280 eventos evaluados por sospecha de enfermedad potencialmente grave, el 13.6% (n=38) requirió internación en sala general antes de arribar al diagnóstico debido a deterioro del cuadro clínico del paciente o imposibilidad de continuar seguimiento ambulatorio.

Figura 1 | Eventos evaluados en la Unidad de Rápido Diagnóstico y Breve Estadía con las internaciones y consultas ambulatorias registradas



Internaciones

Se registró un total de 461 internaciones en URDBE, de las cuales 371 (80.5%) fueron quirúrgicas y 90 (19.5%) clínicas.

De las 371 internaciones quirúrgicas, 302 fueron cirugías de baja complejidad programadas desde consultorios externos. Las 69 internaciones restantes incluyeron procedimientos diagnósticos programados desde la URDBE y procedimientos quirúrgicos de urgencia de baja complejidad (Fig. 1). La mediana de días de internación fue de 1 día (1-3).

En la Tabla 3 se presentan las 302 internaciones quirúrgicas programadas por consultorios externos. Las cirugías más frecuentes fueron hernio/eventroplastia, colecistectomía laparoscópica, reemplazo de cadera y de rodilla, cirugías de tobillo, resección transuretral de próstata y de vejiga. De estos eventos quirúrgicos programados de baja complejidad, 2.9% requirió internación en sala general por complicaciones o prolongarse más de lo planificado.

En la Tabla 4 se presentan los procedimientos realizados en las 69 internaciones quirúrgicas programadas por URDBE o de urgencia.

Controles de pacientes externados del sector de medicina interna

Se registraron 72 eventos (9.7%) en pacientes externados desde la sala de internación general que precisaron un control clínico con o sin necesidad de algún examen complementario. Los cuatro grupos diagnósticos más frecuentes fueron: enfermedades infecciosas en 20.8% (n=15), enfermedad cardiovascular en 19.4% (n=14), enfermedades nefrológicas en 13.9% (n=10) y enfermedad oncológica en 13.9% (n=10).

Prequirúrgicos por diagnóstico de enfermedad grave

Se solicitó a la URDBE la evaluación prequirúrgica de 64 eventos (8.7%). El 50% (n=32) de estos eventos presentaba diagnóstico de cáncer con indicación de resolución quirúrgica a corto plazo. El 50% restante corresponde a eventos de pacientes con múltiples afecciones clínicas que requería una evaluación multidisciplinaria. La mediana de días que transcurrieron desde la solicitud de evaluación prequirúrgica hasta la consulta fue de 1 día (rango intercuartil 0-2).

Tabla 1 | Eventos en pacientes con enfermedad potencialmente grave evaluados en la Unidad de Rápido Diagnóstico y Breve Estadía. Sitios de derivación, motivos de consulta y grupos diagnósticos

	280 eventos n (%)
Sitios de derivación a la unidad	
Consultorios externos	156 (55.7)
Guardia externa	92 (32.9)
Sala de internación	32 (11.4)
Motivo de consulta	
Síntomas gastrointestinales (dolor abdominal y alteraciones del hábito catártico)	45 (16.1)
Disnea	30 (10.7)
Síndrome constitucional (astenia, anorexia y pérdida de peso)	30 (10.7)
Síntomas neurológicos	29 (10.4)
Tumoraciones	23 (8.2)
Anemia	15 (5.4)
Síntomas urinarios	15 (5.4)
Artritis/artralgias	12 (4.3)
Fiebre	12 (4.3)
Insuficiencia renal	10 (3.6)
Sangrado digestivo	9 (3.2)
Dolor lumbar	8 (2.9)
Síndrome ascítico edematoso	6 (2.1)
Tos y/o hemoptisis	6 (2.1)
Hallazgos de laboratorio	5 (1.8)
Mareos, síncope	4 (1.4)
Debilidad muscular	4 (1.4)
Adenomegalia	3 (1.1)
Ictericia	3 (1.1)
Hallazgos radiológicos	2 (0.7)
Dolor torácico	1 (0.4)
Otros	8 (2.9)
Grupos diagnósticos	
Enfermedad oncológica	72 (25.7)
Enfermedades infecciosas	44 (15.7)
Enfermedades digestivas	31 (11.1)
Enfermedades cardiovasculares	29 (10.4)
Enfermedades neurológicas	28 (10)
Enfermedades nefrourológicas	18 (6.4)
Enfermedades reumatológicas	14 (5)
Enfermedades hematológicas	12 (4.3)
Enfermedades neumonológicas	8 (2.9)
Patología traumatológica	7 (2.5)
Enfermedades psiquiátricas	4 (1.4)
Enfermedades endocrinológicas	4 (1.4)
Otros	9 (3.2)

Los resultados se presentan como n (%)

Tabla 2 | Diagnósticos finales de los grupos diagnósticos más frecuentes en pacientes con enfermedad potencialmente grave

Enfermedades oncológicas	n = 72
Cáncer colorrectal	17 (23.6)
Oncohematológico	11(15.2)
Cáncer de pulmón	10 (13.8)
Cáncer de páncreas	6 (8.3)
Cáncer de próstata	5 (6.9)
Cáncer de riñón	5 (6.9)
Tumor de primario desconocidos	4 (5.5)
Cáncer de piel	4 (5.5)
Cáncer de ovario	2 (2.7)
Cáncer de vejiga	2 (2.7)
Otros tumores*	6 (8.3)
Enfermedades infecciosas	n = 44
Infección urinaria complicada (pielonefritis/absceso renal)	15 (34.0)
Infección respiratoria/neumonía	8 (18.1)
Infección de piel y partes blandas	5 (11.3)
Artritis séptica	3 (6.8)
Tuberculosis	2 (4.5)
Enfermedad pélvica inflamatoria	2 (4.5)
Diarrea por <i>Clostridium difficile</i>	2 (4.5)
Esofagitis por <i>Cándida sp.</i>	2 (4.5)
Otras infecciones [#]	5 (11.3)
Enfermedades digestivas	n = 31
Pólipos colónicos benignos	6 (19.3)
Enfermedad hepatobiliar (Cirrosis con hipertensión portal, Hepatitis autoinmune, Colecistitis)	5 (16.1)
Enfermedad gástrica (úlcera gástrica, gastritis, ectasias gástricas)	5 (16.1)
Constipación funcional	5 (16.1)
Hemorragia digestiva no estudiada [§]	4 (12.9)
Enfermedad diverticular	2 (6.4)
Pancreatitis	2 (6.4)
Hemorroides	1 (3.2)
Toxicidad a fármacos	1 (3.2)
Enfermedades cardiovasculares	n = 29
Insuficiencia cardíaca	9 (31.0)
Arritmias	6 (20.6)
Valvulopatías	5 (17.2)
Enfermedad coronaria	4 (13.7)
Tromboembolismo pulmonar	2 (6.8)
Enfermedad vascular periférica	2 (6.8)
Hipertensión pulmonar	1 (3.4)

Los resultados se presentan como n (%)

*Otros tumores: cáncer de endometrio, tumor en sistema nervioso central, sarcoma, cáncer de parótida, cáncer de esófago, tumor neuroendócrino

[#]Otras infecciones: esofagitis por citomegalovirus, histoplasmosis, nocardiosis pulmonar, diverticulitis, neutropenia febril

[§]No se estudiaron por condiciones clínicas generales del paciente que llevaron a la adecuación de estudios diagnósticos/terapéuticos

Tabla 3 | Internaciones quirúrgicas programadas desde consultorios externos

Internaciones quirúrgicas programadas	n = 302
Traumatológicas	118 (39.0)
Cirugía general	108 (35.7)
Urológicas	38 (12.5)
Ginecológicas	14 (4.6)
Endoscopías digestivas	10 (3.3)
Vascular	4 (1.3)
Torácicas	3 (0.9)
Otras	7 (2.3)

Los resultados se presentan como n (%)

Tabla 4 | Procedimientos realizados en las internaciones quirúrgicas programadas por Unidad de Rápido Diagnóstico y Breve Estadía o de urgencia

Internaciones quirúrgicas	n=69
Punciones percutáneas diagnósticas	15 (21.7)
Cirugías traumatológicas	12 (17.3)
Cirugía general	11 (15.9)
Procedimientos endoscópicos urológicos diagnósticos	11 (15.9)
Biopsias diagnósticas	
Mamaria	1 (1.4)
Próstata	1 (1.4)
Arteria temporal	1 (1.4)
Legrado uterino	1 (1.4)
Ósea	1 (1.4)
Mediastinoscopia	4 (5.7)
Cirugía cutánea para ampliación de márgenes	3 (4.3)
Endoscopías digestivas	3 (4.3)
Otros	5 (7.2)

Los resultados se presentan como n (%)

Hospital de día

En 49 eventos (6.6%) la URDBE actuó como hospital de día brindando camas para realizar distintas intervenciones. Las cuatro más frecuentes fueron: transfusión de hemoderivados en el 30.6% (n=15), punción aspiración de médula ósea en 28.6% (n=14), aplicación de medicación parenteral en 16.3% (n=8) y recambio de sonda vesical en 10.2% (n=5).

Estudios complementarios e interconsultas

En la Tabla 5 y Tabla 6 se detallan los estudios complementarios e interconsultas realizadas por la unidad en las 461 internaciones y en las 793 evaluaciones ambulatorias.

Discusión

En nuestro estudio, se describió la experiencia del primer año de funcionamiento de la URDBE. Según nuestro conocimiento, no encontramos datos publicados en Argentina de otras experiencias. A medida que la unidad empezó a funcionar, los criterios de selección y de aceptación de los pacientes variaron a lo largo del año y fueron cada vez más receptivos. Se controló a pacientes externados de sala general y se brindaron prestaciones de baja complejidad propias de un hospital de día como transfusión de hemoderivados, aplicación de medicación parenteral o cambios de catéteres. Esto dificulta la comparación de nuestra experiencia con otras

Tabla 5 | Estudios complementarios realizados en las 793 consultas ambulatorias y en las 461 internaciones

Estudios complementarios	Consultas ambulatorias n=793	Internaciones en URDBE n=461
Laboratorio	486 (61.2)	367 (79.6)
Electrocardiograma	204 (25.7)	210 (45.5)
Radiografías	111 (14.0)	144 (31.2)
Ecografías	95 (11.9)	64 (13.8)
Tomografía computada	92 (11.6)	37 (8.0)
Endoscopias	12 (1.5)	28 (6.0)
Cultivos	69 (8.7)	58 (12.8)
ETT	32 (4.0)	19 (4.1)
RMN	17 (2.1)	5 (1.0)
Otros*	29 (23.0)	23 (4.9)

Los resultados se presentan como n (%)

URDBE: unidad de rápido diagnóstico y breve estadía; ETT: ecocardiograma transtorácico; RMN: resonancia magnética nuclear

*Ecocardiograma transesofágico, prueba evocadora de isquemia, holter 24 horas, electromiograma, electroencefalograma, fibrobroncoscopia, examen funcional respiratorio, cinecoronariografía, Papanicolaou, tomografía por emisión de positrones, colon por enema, citometría de flujo

Tabla 6 | Especialidades clínicas y quirúrgicas a las cuales se solicitó interconsultas en las 793 consultas ambulatorias y en las 461 internaciones

Especialidades	Consultas ambulatorias URDBE n=793	Internaciones en URDBE n=461
Hematología	141 (17.7)	37 (8.0)
Cirugía general	132 (16.6)	190 (41.2)
Cardiología	98 (12.3)	28 (6.0)
Cuidados paliativos	92 (11.6)	23 (4.9)
Oncología	82 (10.3)	36 (7.8)
Gastroenterología	76 (9.5)	37 (8.0)
Infectología	56 (7.0)	31 (6.7)
Neurología	55 (6.9)	8 (1.7)
Nefrología	52 (6.5)	19 (4.1)
Reumatología	33 (4.1)	3 (0.6)
Neumonología	31 (3.9)	12 (2.6)
Endocrinología	29 (3.6)	8 (1.7)
Traumatología	28 (3.5)	135 (29.2)
Urología	26 (3.2)	58 (12.5)
Nutrición	18 (2.2)	19 (4.1)
Psiquiatría	10 (1.2)	6 (1.3)
Dermatología	10 (1.2)	1 (0.2)
Servicio social	11 (1.3)	11 (2.3)
Ginecología	7 (0.8)	0

Los resultados se presentan como n (%)

URDBE: unidad de rápido diagnóstico y breve estadía

publicadas, pero responde a las necesidades de la institución.

Se han publicado diversas experiencias, principalmente en Europa³⁻⁷. Las publicaciones de Capell y col. en 2004³ y Rubio y col. en 2008⁴ muestran que la mayoría de los pacientes atendidos en unidades de rápido diagnóstico fueron derivados desde el sistema de emergencias y de atención primaria, de forma similar a nuestra unidad. La comunicación entre estos espacios de atención y la URDBE debe ser fluida y constante, ya que es allí donde se identifica al paciente con sospecha de enfermedad potencialmente grave y desde donde se solicita su evaluación.

Se ha descrito en otros trabajos un intervalo entre la solicitud de la evaluación y la primera visita de 1.4⁷ y 4.9 días³. La implementación de la URDBE en nuestra institución mostró tiempos a la primera evaluación menores a lo informado en la bibliografía. La cantidad de pacientes derivados a la unidad nos permitió ofrecer, en la mayoría de los casos, una primera evaluación dentro de las 72 horas (inclusive en el mismo día de la solicitud).

En las experiencias internacionales publicadas los principales motivos de consulta incluían anemia, síntomas constitucionales, síntomas neurológicos y tumores^{3,4,6}, mientras que los grupos diagnósticos más frecuentes fueron la enfermedad oncológica y las enfermedades digestivas³⁻⁷. Resultados similares fueron encontrados en nuestra experiencia. El 25% de los diagnósticos realizados fueron oncológicos y los más frecuentes fueron cáncer colorrectal, enfermedad oncohematológica y cáncer de pulmón. Esto puede explicarse por la alta prevalencia en nuestra población en particular de las enfermedades diagnosticadas y la identificación de los síntomas de alarma por parte de los profesionales.

Una revisión sistemática sobre unidades de rápido diagnóstico informó un promedio de tiempo al diagnóstico entre 6 y 11 días⁸. La implementación de la URDBE en el Instituto Lanari mostró tiempos más acotados al diagnóstico, lo que puede deberse a diversos factores, entre ellos la posibilidad de llevar a cabo múltiples estudios diagnósticos en el día (sin programar) y de realizar interconsultas a especialistas en el momento. Además, si bien los diagnósticos más frecuentes fueron enfermedades graves como cáncer, infecciones, valvulopatías o tromboem-

bolismo de pulmón, también se atendieron pacientes con afecciones de menor complejidad en quienes se pudo arribar al diagnóstico el mismo día de la consulta. Consideramos fundamental perfeccionar los criterios de selección de los pacientes para minimizar visitas injustificadas con la consiguiente demora de aquellos que realmente precisan un diagnóstico rápido⁹.

Otras unidades han descrito que entre el 7-10% de los pacientes requirieron ingreso hospitalario durante su evaluación^{3,4}. En la URDBE un 13% de los pacientes evaluados por enfermedad potencialmente grave requirió internación en sala de general antes de arribar al diagnóstico por deterioro del estado clínico, complicaciones o dificultades para continuar el manejo ambulatorio. Sin embargo, la URDBE permitió evitar el ingreso hospitalario de la mayoría de los pacientes atendidos mediante la evaluación ambulatoria y las internaciones de breve estadía. Destacamos que nuestra población presentó una mediana de edad mayor a la reportada en otras experiencias y que a pesar de esto, 87% de los pacientes no presentaron limitaciones para sostener la evaluación ambulatoria^{3,4,6,7}. Antes de la formación de la URDBE en nuestra institución todos los pacientes quirúrgicos programados ingresaban a sala general.

En nuestro trabajo se describieron los exámenes complementarios más utilizados y las especialidades que recibieron mayor cantidad de interconsultas. El inmediato abordaje multidisciplinario de los pacientes fue fundamental para acelerar los tiempos diagnósticos y mejorar la calidad de atención. Se destaca la importancia del servicio de imágenes que permitió realizar diversos estudios diagnósticos (radiografía simple, tomografía computada, ecografía, punciones guiadas por ecografía, entre otros) y de la endoscopia digestiva para la búsqueda de una de las neoplasias más diagnosticadas como fue el cáncer colorrectal. Estos datos además pueden constituir una herramienta para la mejor gestión y asignación de recursos de nuestra y otras instituciones.

Una revisión sistemática informó disminución de costos, aumento de liberación de camas en sala de internación y niveles de satisfacción de los pacientes entre 95-97%⁸. Si bien no contamos con datos institucionales que nos permitan demostrar reducción de costos y mayor dispo-

nibilidad de camas en la sala de internación, podemos inferir por el bajo porcentaje de pacientes que requirió internación en sala general (13%), que la URDBE constituye una herramienta valiosa para evitar la exposición de pacientes a eventos adversos asociados al cuidado de la salud y costos sanitarios innecesarios propios de la internación en sala general. Hasta la fecha no contamos con datos propios que permitan conocer los niveles de satisfacción de pacientes y del personal de la unidad.

Se presentó la experiencia del primer año de funcionamiento de una Unidad de Rápido Diagnóstico y Breve Estadía en un hospital universitario como alternativa al ingreso hospitalario tradicional. Se trabajó en conjunto con consultorios externos, guardia externa y sala de internación para identificar pacientes que requerían una evaluación precoz por sospecha de enfermedad potencialmente grave. La unidad logró realizar una primera evaluación y arribar al diagnóstico en tiempos acotados. En una cuarta parte de los pacientes se diagnosticó enfermedad oncológica. Por otro lado, brindó atención a pacientes quirúrgicos de baja complejidad con internación de

breve estadía permitiendo disminuir los ingresos programados a sala general y aumentar la disponibilidad de camas. Mediante la ampliación de los criterios de atención en la URDBE, elemento poco habitual en las experiencias publicadas, se extendió la evaluación a pacientes externados de sala general con necesidad de un rápido control y a tareas de hospital de día.

Sería importante a futuro establecer nuevos criterios de selección de pacientes, basados en los datos adquiridos en este trabajo, para definir con mayor precisión la población que se beneficia de atención en la URDBE. Se implementará encuestas de satisfacción a pacientes y al personal de trabajo de la URDBE, que permitan mejorar posteriormente la calidad de atención y la organización del servicio.

Los datos obtenidos pueden constituir una herramienta de valor para una mejor gestión, una adecuada implementación de recursos institucionales y el diseño de estrategias de atención acorde a nuestra población de pacientes.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Kendall MJ, Toescu V, Wallace DMA. QED: quick and early diagnosis. *Lancet* 1996; 348: 528-9.
2. Campbell J. Inappropriate admissions: Thoughts of patients and referring doctors. *J R Soc Med* 2001; 94: 628-31.
3. Capell S, Comas P, Piella T, et al. Unidad de diagnóstico rápido: un modelo asistencial eficaz y eficiente. Experiencia de 5 años. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 247-50.
4. Rubio-Rivas M, Vidaller A, Pujol I, Farriols R, Mast R. Unidad de diagnóstico rápido en un hospital de tercer nivel. Estudio descriptivo del primer año y medio de funcionamiento. *Rev Clin Esp* 2008; 208: 561-3.
5. Brito-Zerón P, Nicolás-Ocejo D, Jordán A, Retamozo S, López-Soto A, Bosch X. Diagnosing unexplained fever: can quick diagnosis units replace inpatient hospitalization? *Eur J Clin Invest* 2014; 44: 707-18.
6. Bosch X, Jordán A, López-Soto A. Quick diagnosis units: avoiding referrals from primary care to the ED and hospitalizations. *Am J Emerg Med* 2013; 31: 114-23.
7. Franco Hidalgo S, Prieto de Paula JM, Martín Serradilla JI, Martín Carbayo JL. Unidades de diagnóstico rápido o consultas de atención inmediata en medicina interna. Análisis de los primeros 6 meses de funcionamiento en Palencia. *Semergen* 2012; 38: 126-30.
8. Gupta S, Sukhal S, Agarwal R, Das K. Quick diagnosis units-an effective alternative to hospitalization for diagnostic workup: a systematic review. *J Hosp Med* 2014; 9: 54-9.
9. Bosch X, Aibar J, Capell S, Coca A, López-Soto A. Quick diagnosis units: a potentially useful alternative to conventional hospitalisation. *Med J Aust* 2009; 191: 496-8.