

**CONSULTA DE ATENCIÓN RÁPIDA DIAGNÓSTICA ASOCIADA A
URGENCIAS (CARD-U)**

DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO

Servicio que lo presenta	Medicina Interna
---------------------------------	------------------

Servicios implicados	Consensuado por los servicios
Medicina Interna	
Urgencias	

Elaborado por	Alberto Belda Mira. Medicina interna	23/10/2023
Aprobado por	UFCASP	Enero 2024

Revisión	Fecha	Autor/es	Modificaciones

Índice

1	Objeto	3
2	Alcance	3
3	Generalidades	3
3.1	Definiciones	3
3.2	Referencias	4
3.4	Responsabilidades	4
3.5	Población Diana	5
4	Descripción y Procedimiento	5
4.1	Actividades de valoración.....	5
5	Evaluación	5
6	Anexos	6
	Anexo 1. Criterios de selección de pacientes	6
	Anexo 2. Criterios de derivación a la CARD	6
	Anexo 3. Funcionamiento circuito de Atención Rápida Diagnóstica.....	7

1 Objeto

En el entorno médico se han desarrollado diferentes espacios asistenciales alternativos o complementarios al ingreso hospitalario tradicional, que bien coordinados pueden mejorar la continuidad asistencial y a la vez racionalizar el consumo sanitario. Entre ellos se encuentran las unidades de diagnóstico rápido, consultas de alta resolución, consultas de orientación diagnóstica, hospitalización a domicilio, hospitalización de día y las unidades de corta estancia.

Las unidades de diagnóstico rápido son una alternativa a la hospitalización convencional para el estudio de pacientes seleccionados con sospecha de padecer una enfermedad potencialmente grave, y que no requieren atención hospitalaria. De hecho, existen referencias en la literatura, calculando la inadecuación del ingreso en Medicina Interna, principalmente provocado por el ingreso de pacientes que podrían ser estudiados en régimen ambulatorio y se ha estimado en torno a 9-17%.

Entre sus objetivos se incluyen además: evitar la morbi-mortalidad asociada con la hospitalización, evitar la separación socio-familiar y reducir el gasto sanitario, optimizando los ingresos y estancias hospitalarias.

El coste promedio de una hospitalización convencional de 8 días por procesos médicos es de ~5.000 €. Un estudio realizado en nuestro medio mostró un coste medio de 702 € por paciente atendido en una unidad de diagnóstico rápido frente los 3.153 € para la hospitalización.

Los pacientes susceptibles de ser atendidos en una unidad de diagnóstico rápido proceden en su mayoría de Atención Primaria y Urgencias Ocasionalmente desde otras especialidades médicas o quirúrgicas.

La patología más frecuentemente diagnosticada es cáncer (18-30%).

2 Alcance

Este protocolo está dirigido a los facultativos de Urgencias para que, debidamente seleccionados, remitan pacientes a la Consulta de Atención Rápida Diagnóstica asociada (CARD-U) dependiente del servicio de Medicina Interna. Para ello se ha consultado con el Dr Francisco Pérez La Higuera, Jefe de Sección de Urgencias.

3 Generalidades

3.1 Definiciones

Consulta de Atención Rápida Diagnóstica: modalidad de asistencia a pacientes ambulatorios con procesos potencialmente graves que de otro modo serían hospitalizados, garantizando una agilidad de diagnóstico y derivación para tratamiento, cercanos a las condiciones de hospitalización.

3.2 Referencias

1. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CMBD/2021Medicos>
2. Díaz Peromingo JA. Unidades de diagnóstico rápido: de la oportunidad a la necesidad. Galicia Clin 2022;83 (2):2-4.
3. Bosch X, Jordán A, Coca A, López-Soto A. Quick diagnosis units versus hospitalization for the diagnosis of potentially severe diseases in Spain. J Hosp Med 2012, 7(1):41-47.
4. Aligué J, Vicente M, Arnau A et al. Etiologies and 12-month mortality in patients with isolated involuntary weight loss at a rapid diagnostic unit. PLoS ONE 2021, 16(9):e0257752.
5. Torné-Cachot J, Simonetti AF, Lorenzo-Carrasco V, Gálvez-Barrón C. Utilidad de una unidad de diagnóstico rápido durante la pandemia por SARS-CoV-2 para el diagnóstico de cáncer. Rev Clin Esp <https://doi.org/10.1016/j.rce.2023.05.005>
6. Pérez Vega C, Polvorosa Gómez MA, Rodríguez Ramos C, Rodríguez de Castro E. Experiencia en los 2 primeros años de una unidad de diagnóstico rápido en un hospital comarcal. Revista de Calidad Asistencial 2017;32(2):114-115.
7. Rubio-Rivas M, Vidaller A, Pujol A, 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(11):561-563.
8. Galván Román J, Roy Vallejo E, Moldenhauer Díaz F. G-001 - Gestión por proceso de una Rev Clin Esp. 2020;220 (Espec Congr):264.

3.4 Responsabilidades

Inicialmente, en el origen del proceso, la responsabilidad de la aplicación del protocolo recaerá en el facultativo/a de Urgencias que seleccionará debidamente al paciente susceptible, atendiendo a los criterios que más adelante se exponen, y remitiendo al paciente a la consulta de atención rápida diagnóstica, mediante interconsulta electrónica específica con prioridad 1.

El responsable último es el facultativo/a que atenderá el caso y procurará la orientación diagnóstica precisa mediante los estudios pertinentes, para derivar secundariamente el paciente a la especialidad específica que corresponda para el tratamiento, en el periodo más breve posible.

Se dará a conocer el protocolo y consensuará con los especialistas que en un paso intermedio realicen los estudios analíticos, de imagen, endoscopias y anatomía patológica, la disponibilidad de un circuito prioritario de diagnóstico.

3.5 Población Diana

Pacientes que acuden a Urgencias por un proceso, de entre los consignados en los criterios de selección/inclusión, con estabilidad clínica que permita sean derivados para estudio a la unidad de diagnóstico rápido.

4 Descripción y Procedimiento

El personal facultativo encargado de la CARD realizará en cada paciente la historia clínica, solicitará analítica con toma de muestra en las primeras 48h de la primera visita, pruebas de imagen a realizar en un intervalo de tiempo inferior a 15 días, según se estime en cada caso. De igual forma y prioridad solicitará en su caso, los estudios endoscópicos o biopsias de lesiones accesibles, para obtener un diagnóstico en tiempo máximo de 15 días a la toma de muestra y siempre inferior a 30 días.

4.1 Actividades de valoración

En la primera visita y sucesivas en la CARD, el facultativo/a comprobará la estabilidad clínica que garantice la seguridad del paciente durante el periodo de estudio o en caso contrario, recomendará el ingreso hospitalario.

Se establecerá una base de datos para su análisis futuro.

5 Evaluación

Indicadores de gestión de una unidad de diagnóstico rápido:

-Intervalo de primera visita (**IPV**): tiempo transcurrido desde la interconsulta generada en Urgencias hasta la primera visita.

-Intervalo diagnóstico (**ID**): tiempo transcurrido desde la primera visita con solicitud de pruebas hasta el resultado disponible de éstas.

-Intervalo primera visita-diagnóstico (**IPVD**): tiempo transcurrido desde la primera visita hasta el diagnóstico definitivo

Los objetivos deseables para cada uno de ellos son: una demora inferior a 7 días (IPV), un tiempo mediano ≤ 15 días (ID) y de ≤ 28 días (IPVD), respectivamente. En el último caso especialmente cuando el diagnóstico histológico ofrece una especial dificultad como en algunos linfomas.

La adecuación del tiempo en los intervalos se ha evaluado según las recomendaciones de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, que estandariza una mediana ≤ 7 días en el IPV y ≤ 15 días en el ID (Ministerio de Sanidad 2021).

-La proporción de ingresos, bien desde la CARD o urgentes no debería superar el 10%.

6 Anexos

Anexo 1. Criterios de selección de pacientes

Síndrome constitucional
Fiebre de origen desconocido
Adenopatías
Masa de partes blandas
Sospecha de enfermedad sistémica
Vasculitis cutánea
TVP con sospecha de neoplasia
Masa abdominal
Organomegalias
Hepatomegalia metastásica
Ictericia no litiásica
Disfagia
Diarrea crónica
Ascitis en pacientes no cirróticos
Hipercalcemia
Alteraciones radiológicas sospechosas de malignidad

Anexo 2. Criterios de derivación a la CARD

Deben cumplirse los siguientes criterios

1. Pacientes con estado general conservado, que presenten estabilidad clínica y hemodinámica
2. Pacientes que no precisen cuidados hospitalarios
3. Movilidad física aceptable
4. Soporte socio-familiar adecuado
5. Aceptación del estudio ambulatorio por parte del paciente/representante legal
6. Ausencia de estudio ya iniciado por otro facultativo
7. Ausencia de limitación expectativa de vida

Anexo 3. Funcionamiento circuito de Atención Rápida Diagnóstica

