

participantes, traspasando dicho principio factores locales y haciéndose extensible de forma universal, este concepto se refiere a que lo sea a todos los países del mundo, con independencia de su nivel socioeconómico. Se trata de un principio bioético que implicaría por parte de los correspondientes organismos gubernamentales dicha exigencia a los promotores del EC, y que a nuestro juicio resulta de obligado cumplimiento en función de 2 criterios: por una parte, una exigencia meramente científica, ya que es precisamente la «*diseminación del conocimiento*» la que genera un «*conocimiento válido*» y, por otra parte, alegando cuestiones de justicia social, ya que los beneficios derivados de la investigación sobre humanos a los que se sitúa en una «*situación de riesgo potencial*» o «*vulnerabilidad*», la aplicabilidad de los resultados entraría dentro del concepto de «*justicia*», que junto a la «*no maleficencia*» constituyen los 2 ejes de la «*ética de mínimos*»⁵.

Finalmente, de reciente aparición y sobre el que no existe jurisprudencia, todo EC ha de cumplir las normas de integración de la responsabilidad sociosanitaria. De esta forma los EC deberían asegurar que localmente mantengan principios de sostenibilidad del medio institucional (tanto privado como público) en el que se realice, con el consiguiente beneficio hacia el mismo para garantizar la asistencia sanitaria. El cumplimiento de este principio permitirá no mejorar simplemente la salud de los pacientes, sino que permitirá la prevención de futuras necesidades asistenciales actualmente no atendidas, permitiendo, por ejemplo, la implementación de campañas de prevención. Constituye, por tanto, una exigencia bioética de los EC la incorporación de conceptos como transparencia, protección del medio ambiente o sostenibilidad socioeconómica del mismo⁶.

En conclusión, la bioética en investigación biomédica representa un proceso dinámico, sometido a nuevos desafíos, por lo que se precisa de un debate actualizado, una constante reevaluación y revisión de los principios que parecían olvidados o los que son de reciente aparición.

Bibliografía

1. Schildmann J, Nadolny S, Haltaufderheide J, Gysels M, Vollmann J, Bausewein C. Do we understand the intervention? What complex intervention research can teach us for the evaluation of clinical ethics support services (CESS). *BMC Med Ethics*. 2019;15:20–48.
2. Pacífico Silva H, Lehoux P, Miller FA, Denis JL. Introducing responsible innovation in health: A policy-oriented framework. *Health Res Policy Syst*. 2018;3:90.
3. Raus K, Mortier E, Eeckloo K. The patient perspective in health care networks. *BMC Med Ethics*. 2018;24:52.
4. Brännmark J. The independence of medical ethics. *Med Health Care Philos*. 2019;22:5–15.
5. Sariola S, Jeffery R, Jesani A, Porter G. How Civil Society Organizations Changed the Regulation of Clinical Trials in India. *Sci Cult (Lond)*. 2018;13:200–22.
6. Littlejohns P, Chalkidou K, Culyer AJ, Weale A, Rid A, Kieslich K, et al. National Institute for Health and Care Excellence, social values and healthcare priority setting. *J R Soc Med*. 2019;112:173–9.

J.D. Sánchez López^{a,b,*}, J. Cambil Martín^c,
M. Villegas Calvo^d y F. Luque Martínez^{a,e}

^a Área de Cirugía Oral y Maxilofacial, Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Granada, España

^b Comité Ético de Investigación de Granada

^c Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, Granada, España

^d Enfermería, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^e Formación, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josed.sanchez.sspa@juntadeandalucia.es (J.D. Sánchez López).

Disponible en Internet el 13 de abril de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.08.010>

2603-6479/ © 2020 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿En qué servicio debe ser hospitalizado un paciente?



In which service should a patient be hospitalized?

Sra. Directora:

Los conflictos al decidir dónde hospitalizar un paciente son frecuentes. En 2019 ingresaron 31.264 pacientes adultos en un hospital, 287 (0,9%) fueron trasladados a un servicio médico en las primeras 24 horas, probablemente por una elección del servicio inadecuada. Algunos motivos podrían ser: enfermo médico ingresado en un servicio distinto al que debería, paciente seguido por un servicio por una enfermedad que se descompensa e ingresa en otro, pacientes

quirúrgicos no operados que ingresan en un servicio médico, entre otros. En esta decisión influyen el diagnóstico, la estabilidad clínica, los recursos técnicos y la capacidad y responsabilidad del médico, también la dotación y organización del centro.

Ingresar en un servicio determinado en un hospital puede repercutir en la rapidez de algunas pruebas a realizar, petición de estudios, solicitud de interconsultas, estancia o costes económicos. Es una decisión clínica que también debe considerar aspectos organizativos del hospital, con repercusión en la gestión de camas y costes de los servicios.

Empiezan a plantearse nuevos modelos de gestión hospitalaria en los que la organización no será por servicios médicos propietarios de las camas, sino por procesos clínicos^{1,2} atendidos por equipos multidisciplinares³. Sin embargo, estos modelos organizativos no se van a implantar pronto, por lo que es importante el debate sobre dónde

debe ingresar un paciente. Que nosotros sepamos no existen publicaciones al respecto. Las más cercanas son los estudios sobre ingresos inadecuados, que suelen utilizar el *Appropriateness Evaluation Protocol*⁴, que no contempla si el servicio de ingreso es el adecuado. Son estudios de estancias inadecuadas, no de ingresos inadecuados, que es un concepto más amplio.

Los *criterios de ingreso* más habituales son la enfermedad motivo del ingreso o procedimientos diagnósticos o terapéuticos a realizar. La pluripatología puede generar dudas sobre dónde hospitalizar, planteándose el ingreso en un servicio no directamente relacionado con el diagnóstico o procedimientos previstos. Aunque sean pacientes pluripatológicos que podrían ingresar en varios servicios, generalistas o no, habrá una enfermedad predominante que requerirá tomar más decisiones. La pluripatología es prácticamente universal en los pacientes hospitalizados, por lo que es un criterio poco útil. Este problema se solventa en gran medida con la asistencia compartida realizada por internistas y geriatras⁵.

En ocasiones se solicita un ingreso en diferentes servicios, y admisión lo tramita en función de las camas disponibles. Un paciente debe ser hospitalizado donde se considere más adecuado, la oferta de camas no debe influir en la *decisión clínica sobre en qué servicio debe ingresar*. Si realmente no importara los 2 servicios serían iguales, y no lo son. Los medios, formación y actitudes de sus facultativos son diferentes. Naturalmente, según la disponibilidad de camas ingresará en un servicio u otro, o periférico, porque lo prioritario es el ingreso, pero esta no es una decisión clínica, es de gestión. Un enfermo debe ingresar en el servicio que tome las decisiones más importantes, y la primera es el propio ingreso. Si fuera conveniente puede ser transferido a otro. Sin embargo, es recomendable hacer solo los traslados imprescindibles y que sean administrativos y no físicos si es posible, para evitar los problemas que originan estos traslados⁶; además, no siempre es fácil conseguir un traslado. No hablamos de criterios estrictos e inamovibles, pero sí de evitar las discusiones y traslados innecesarios.

Para un *ingreso programado*, generalmente, el servicio solicitante se responsabiliza del paciente, independientemente del motivo de hospitalización. Es una práctica habitual no exenta de problemas. El servicio peticionario, que lo ha indicado e informado al paciente de los motivos y riesgos, tiene cierta responsabilidad, pero limitada. Es discutible que un médico, aunque haga la indicación, se responsabilice de los problemas y complicaciones originadas por otro, porque este último, si realiza el procedimiento, es que ha aceptado el caso y la responsabilidad en su ámbito de actuación. El paciente debería ingresar en el servicio que realiza el procedimiento. Incluso ante el mismo enfermo nuestro comportamiento es diferente; un paciente estudiado por neurología tiene un aneurisma cerebral, si el tratamiento lo realiza radiología ingresará en neurología, pero si esta técnica no es posible y el tratamiento es quirúrgico ingresará en neurocirugía.

Si el servicio responsable del paciente tiene dificultades para su asistencia debe solicitar interconsultas. Aquellos servicios que realizan procedimientos con ingreso y no disponen de camas, como la mayoría de los de rehabilitación y radiología, deberían tenerlas, como solicita la propia radiología⁷. Un problema añadido, servicios sin camas indican procedimientos que requieren hospitalización, como las

vertebroplastias solicitadas por rehabilitación y que realiza radiología. En este caso habría que buscar un tercer servicio, que ni indica ni realiza el procedimiento, para que acepte y se haga responsable del paciente.

En el caso de los reingresos no programados se plantea una situación singular. Intervienen varios factores, el principal el intervalo de tiempo entre el alta y el reingreso. A mayor brevedad, más probable es que el alta fuera prematura. Habría que establecer el intervalo de tiempo de referencia; proponemos una semana. Lo correcto sería hospitalizar en el servicio que dio el alta si el reingreso está relacionado con el anterior. En caso contrario se puede facilitar una actitud laxa frente a la responsabilidad durante el ingreso previo. Sería discutible si el paciente ha sido dado de alta y tiene que reingresar por complicaciones no propias de esa especialidad, como una neumonía en un paciente operado.

Otro aspecto a considerar son las implicaciones de un ingreso en una unidad de hospitalización con su propia enfermería, en algunos casos especializada. Un paciente puede ingresar en las camas del servicio o lo que denominamos como en una unidad/servicio o planta periférico/a. Aunque esta decisión no depende del médico que solicita el ingreso, este debería conocer los problemas que conlleva. La mezcla de pacientes de distintos servicios puede favorecer las infecciones⁸ y empeorar los resultados asistenciales⁹.

¿Y finalmente que implicaciones tienen estas decisiones en la organización hospitalaria? Lo comentado es aplicable a cualquier tipo de organización hospitalaria, incluyendo los nuevos sistemas^{1,2}, porque hay un médico que decide el ingreso. La dirección del hospital se debe implicar, estableciendo pautas y criterios consensuados, ya que esta decisión puede afectar a varias unidades.

En *conclusión*, la decisión de ingresar en un servicio u otro tiene importantes consecuencias para el paciente y para el hospital. A pesar de su importancia, no existen guías que ayuden al médico a tomar esta decisión.

Bibliografía

1. Gómez Huelgas R, Díez Manglano J, Carretero Gómez J, Barba R, Corbella X, García Alegría J, et al. El hospital del futuro en 10 puntos. *Rev Clin Esp.* 2020;220:444-9.
2. Karolinska University Hospital. About our thematic organisation [consultado 23 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.karolinska.se/en/karolinska-university-hospital/about-karolinska/our-operating-model/about-our-thematic-organisation/>.
3. Clay-Williams R, Plumb J, Luscombe GM, Hawke C, Dalton H, Shannon G, et al. Improving teamwork and patient outcomes with daily structured interdisciplinary bedside rounds: A multimethod evaluation. *J Hosp Med.* 2018;13:311-7.
4. Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: A technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care.* 1981;19:855-71.
5. Montero Ruiz E. por el Grupo de Trabajo de Asistencia Compartida e Interconsultas de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) Asistencia compartida (comanagement). *Rev Clin Esp.* 2016;216:27-33.
6. Montero Ruiz E, Manzano Espinosa M. El problema de la fragmentación de la medicina hospitalaria. *Med Clin (Barc).* 2019;152:115-7.

7. Kaufman JA, Reekers JA, Burnes JP, Al-Kutoubi A, Lewis CA, Hardy BW, et al. Global statement defining interventional radiology. *J Vasc Interv Radiol.* 2010;21:1147–9.
8. Anwar M, Ferguson L, Awad Z, Ghufour K. The impact of mixing surgical subspecialty patients on wound infection rates. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2012;269:261–4.
9. Montero Ruiz E, Pérez Sánchez L, Barbero Allende JM, Agudo Alonso R, Rebollar Merino A, López Álvarez J. Resultados asistenciales y económicos en los pacientes “periféricos” de medicina interna. *Galicia Clin.* 2019;80:42–5.

J. Montero Muñoz^a, S.M. Martínez Carrasco^b
y E. Montero Ruiz^{c,*}

^a Área de Gestión Clínica de Geriatría, Hospital Monte Naranco, Oviedo, España

^b Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eduardo.montero@salud.madrid.org
(E. Montero Ruiz).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.07.005>

2603-6479/ © 2021 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Telemedicina, pasado y futuro



Telemedicine, past and future

Sra. Directora:

Nos gustaría compartir algunas reflexiones, sin duda polémicas, respecto a la atención sanitaria en un futuro próximo. En especial, comentaremos algunos aspectos relacionados con el teletrabajo y la medicina.

Una encuesta reciente incluía datos sobre el uso de la teleconsultas¹, indicaba un aumento del 62% en su uso e insistía en el incremento de esta actividad vinculada a la pandemia de COVID-19.

Muchas publicaciones insisten en el futuro de la telemedicina en la práctica de la atención sanitaria, pero...

¿Cuántos de ustedes han recibido una llamada automática de encuesta? Cada vez son más frecuentes: una máquina pregunta y le pide que conteste con un número o con una palabra sencilla. La misma máquina evalúa los resultados y ya está. ¿En qué se puede diferenciar este tipo de llamadas de las que efectúa un médico de telemedicina?, a la hora de la verdad, en muy poco. La diferencia reside en que el médico deberá recoger estas respuestas de algún modo y procesarlas. La máquina puede hacer lo mismo.

La clave del futuro no será la telemedicina² sino el fácil acceso a los profesionales, ya que la telemedicina la controlarán algoritmos que podrán concluir si usted necesita una atención o todo va aceptablemente bien. El error conceptual es pensar que la telemedicina la deben realizar profesionales, cuando sin duda las máquinas lo pueden hacer mejor y más rápido.

Pensemos en la mamografía digital³: la imagen la procesa una máquina y la misma máquina u otra nos «leerá» la imagen y emitirá un diagnóstico, evitando errores por cansancio o por una visión reducida en la escala de grises del radiólogo. La máquina «lee» todo el espectro y tiene una memoria infinita, puede haber visto todas las imágenes posibles e incluso podrá informarnos de que esa imagen en la mama, en el 80% de los casos, era similar a un cáncer a los 10 años de evolución, con lo que podremos planificar más adecuadamente las

pruebas y personalizar, no el tratamiento, sino el diagnóstico mismo.

La introducción del teletrabajo ha puesto de manifiesto un hecho fundamental en la práctica médica, que es el exceso de controles al que se somete, en muchas ocasiones, a pacientes crónicos de cualquier tipo. Las tecnologías basadas en autodiagnóstico del paciente también han demostrado que no son necesarios y que se abusa de los controles en enfermedades que ya están «controladas» y que no precisarían más que el autocontrol del paciente y el acceso fácil al recurso médico o de enfermería cuando sea preciso. Eso es calidad asistencial, y no visitar cada 3 meses a un paciente asintomático y que cumple con el tratamiento administrado. ¿De verdad creen que es necesario que un médico contacte personalmente con un paciente para pasarle un cuestionario de preguntas? ¿No es más útil automatizarlo?

Siempre quedará la excusa de la falta de cumplimiento de los tratamientos, pero el cumplimiento no mejora con los controles clínicos sino con la educación sanitaria.

Cuando se pregunta a los ciudadanos sobre la telemedicina, muchos la encuentran muy útil para las visitas «de escaso valor»: controles clínicos y analíticos rutinarios, sobre todo en enfermedades crónicas. Una reciente encuesta⁴ se expresaba en esos términos: los pacientes valoran mucho su tiempo y prefieren no pasarlo comentando aspectos de su salud con un profesional de la medicina en el contexto de esos controles de «escaso valor» en procesos crónicos.

La videoconferencia aporta el hecho de ver las caras o de enseñar algo que por la cámara no se acaba de ver bien; de hecho, se reduce a lo mismo que la llamada telefónica, con una imagen de comprobación de que no contesta otra persona que no sea el paciente.

Asumamos de una vez que la mayoría de estas tecnologías prescinden del contacto humano y apliquemos la telemedicina a fondo.

Financiación

Sin becas ni soporte financiero.