

## Las consultas de alta resolución

B. Herranz Jordán

*Pediatra. CS Las Rozas. Madrid.*

---

*Rev Pediatr Aten Primaria 2003; 5 (17): 9-12*

En sentido amplio, una consulta de alta resolución es aquella en la que se soluciona un problema de salud en el menor tiempo posible. Esta idea no es ninguna novedad, ya que va implícita en el buen hacer del médico. Lo que si puede ser novedoso es el método que permite su aplicación a nuestro trabajo. Un ejemplo similar lo tenemos en la medicina basada en la evidencia. Un buen médico siempre ha intentado basar sus decisiones no solo en su experiencia y arte, sino en las mejores pruebas disponibles. Hasta hace bien poco, buscar en la literatura científica trabajos relevantes era un proceso lento y bastante azaroso. Lo que realmente ha cambiado en pocos años no ha sido la idea, sino el método: el desarrollo de bases de datos informáticas, su acceso cada vez mas libre y rápido, los cada vez más frecuentes meta-análisis y revisiones sistemáticas, la divulgación de lo que se ha dado

en llamar lectura crítica de artículos, etc. Podemos seguir buscando evidencias como se hacía hasta hace poco, pero ahora hay formas mucho más rápidas y seguras.

Los métodos para reducir el número de veces que el paciente tiene que desplazarse a la consulta, o ser ingresado durante menos tiempo, o disminuir la espera para la realización de estudios complementarios, son tan diversos como diversos son los ámbitos de la medicina. En los últimos años asistimos a una verdadera proliferación de propuestas. Pongamos cuatro ejemplos: 1. Lograr mayor supervivencia de los enfermos coronarios creando unidades de dolor torácico con personal altamente adiestrado que realiza en corto tiempo las técnicas de diagnóstico y tratamiento adecuadas<sup>1</sup>; 2. Limitar al mínimo los días que tiene que ir el paciente al hospital para ser intervenido, haciendo el estu-

dio preoperatorio y la cirugía en el mismo día<sup>2</sup>; 3. Evitar consultas al dermatólogo enviándole imágenes digitales por internet<sup>3</sup>; y 4. Disminuir consultas y mejorar el control de enfermos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica utilizando un teléfono móvil adaptado para transmitir datos de pulsioximetría y flujo espiratorio máximo<sup>4</sup>. Como cualquier procedimiento novedoso, cada propuesta tendrá sus ventajas y sus inconvenientes, de manera que se requerirá una evaluación para determinar si realmente son mejores que los métodos previos de manejo de estos mismos problemas<sup>1,5,6</sup>.

Hay muchas formas de aumentar la resolución de una consulta de pediatría de Atención Primaria. La mayoría son obvias, o al menos así lo parecen: 1. Siendo atendida por un profesional bien formado (pediatra), que dispone de un tiempo óptimo por paciente; 2. Teniendo en el centro de trabajo suficiente personal auxiliar cualificado, y disponiendo de cierto aparataje, técnicas de diagnóstico y fármacos; 3. Teniendo acceso rápido a estudios complementarios externos necesarios para evaluar los problemas de salud habituales; 4. Pudiendo consultar de forma rápida con especialistas fiables; 5. Disponiendo de medios informáticos que sirvan para minimizar el

trabajo burocrático (citaciones, historia clínica, recetas, registros); 6. Mejorando la formación (actualmente habría que reclamar el acceso libre a internet).

Con sus artículos sobre consultas de alta resolución, los Dres. Fernández Pérez y cols. nos plantean una nueva forma de estudiar a algunos niños que requieren pruebas diagnósticas hospitalarias, pero no ingreso hospitalario. No se trata de evitar por las buenas al especialista, ni de saltarse la lista de espera colando a algunos pacientes, ni de tener libre acceso a cualquier servicio hospitalario (aunque esto último podría ser también materia de discusión). Se trata de que algunos pacientes pueden ser diagnosticados y tratados con seguridad y en menor tiempo si su pediatra de Atención Primaria tiene acceso directo y rápido a algunas pruebas o servicios básicos del hospital necesarios para resolver estas situaciones concretas, que son especialmente aquellas que no siendo infrecuentes, requieren un estudio relativamente urgente y fácilmente estandarizable (basándose en guías de práctica clínica). En la actualidad, este tipo de pacientes o son enviados a urgencias, o se les intenta conseguir una consulta rápida con un especialista. En ambos casos se implica a otros médicos que pueden ser innecesarios, duplicándose el

trabajo y aumentando la espera, posiblemente sin que ello redunde en un mayor beneficio para el paciente. El pediatra de Atención Primaria pierde el control del enfermo, lo que es malo cuando tiene conocimientos suficientes y quiere mantener su papel protagonista, y bueno en el caso contrario.

Otras alternativas para aumentar la capacidad resolutive de las consultas de pediatría de Atención Primaria, que también señalan los Dres. Fernández Pérez y cols., son ampliar los medios diagnósticos o terapéuticos propios, disminuyendo la dependencia de Atención Especializada. Por ejemplo, disponer en los centros de salud de espirómetro y equipos para realizar *prik test*, o disponer de salas de radiología o de equipa-

miento para cirugía menor, o para inmovilizar un esguince o una fractura. La puesta en marcha de cualquier alternativa de las mencionadas implica aceptar una mayor responsabilidad del pediatra de Atención Primaria, por lo que hay que meditar qué tipo de procesos estamos capacitados para resolver personalmente y cuales no. La decisión al respecto debe tomarse según nuestra capacidad, y no por el mal funcionamiento de la Atención Especializada.

En las próximas décadas los avances tecnológicos van a aumentar notablemente la capacidad resolutive de los hospitales y de las consultas ambulatorias<sup>7</sup>. Es muy agradable comprobar cómo algunos pediatras de Atención Primaria son ya pioneros de estos cambios.

## Bibliografía

1. Byrne J, Murdoch D, Morrison C, McMurray J. *An audit of activity and outcome from a daily and a weekly "one stop" rapid assessment chest pain clinic.* Postgrad Med J 2002; 78: 43-6.
2. Tagge EP, Hebra A, Overdyk F, Burt N, Egbert M, Wilder A, Williams A, Roland P, Othsen HB Jr. *One-stop surgery: evolving approach to pediatric outpatient surgery.* J Pediatr Surg 1999; 34: 129-32.
3. Kvedar JC, Edwards RA, Menn ER, Modif M, Gonzalez E, Dover J, Parrish JA. *The substitution of digital images for dermatologic physical examination.* Arch Dermatol 1997; 133: 161-7.
4. Rodríguez C, Ordóñez AJ, Navarrete P, Gómez FJ, Castillo MJ. *Aplicación de la telemedicina al control de enfermedades crónicas: telecontrol de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.* Med Clin (Barc) 2002; 119: 301-3.
5. Dey P, Bundred N, Gibbs A, Hopwood P, Baildam A, Boggis C, James M, Nox F, Leidecker V, Woodman C. *Cost and benefits of a one stop clinic compared with a dedicated breast clinic: randomised controlled trial.* BMJ 2002; 324: 507-11.
6. *Telemedicine for the Medicare population: pediatric, obstetric, and clinician-indirect home interventions.* Evid Rep Technol Assess (Summ) 2001; 24 (suppl): 1-32.
7. Walsh MK. *The future of hospitals.* Aust Health Rev 2002; 25: 32-44.



---

Ver en este número:  
– Consultas de alta resolución desde la Pediatría de Atención Primaria: una apuesta por la calidad asistencial (M. Fernández Pérez y cols.) en página 133.  
– Adolescente con masas axilares: caso clínico que ilustra una consulta de alta resolución en Pediatría de Atención Primaria (M. Fernández Pérez y cols.) en página 61.