

Consulta única (o de alta resolución) en Pediatría Hospitalaria y en Atención Primaria: un instrumento de mejora en la calidad asistencial

J. González de Dios

Departamento de Pediatría, Hospital Universitario San Juan,
Universidad Miguel Hernández, Alicante.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7: 21-31

Javier González de Dios, gonzalez_jav@gva.es

Resumen

La consulta única (o de alta resolución) busca resolver el problema de salud de un paciente el mismo día de consulta, como una alternativa eficiente al modelo convencional de consultas externas (en el hospital y centros de Atención Primaria). El objetivo es realizar una aproximación diagnóstico-terapéutica en el menor tiempo posible, potenciando las primeras visitas y disminuyendo las segundas. Para una consulta estándar en el modelo tradicional se precisarían tres días de asistencia (uno para la primera visita, otro para realizar las pruebas complementarias, y un tercer día para recoger los resultados y el tratamiento indicado), frente a sólo uno en el caso de consulta única. Se comentan las ventajas e inconvenientes de la consulta única (o de alta resolución) en nuestro contexto sanitario pediátrico como un instrumento de mejora en la calidad asistencial: incrementa la satisfacción de los pacientes, mejora la accesibilidad y reduce los costes, y no se ha demostrado que disminuya la efectividad, eficiencia y seguridad. La pregunta importante que subyace en este nuevo modelo de consultas externas es si es factible en el actual sistema sanitario, con la complejidad e hiperfrecuentación de los centros hospitalarios y de Atención Primaria.

Palabras clave: Consulta única, Consulta de alta resolución, Calidad asistencial, Pediatría.

Abstract

Unique (or high resolution) consultation aims at resolving the health problem of a patient in only one day, as an efficiency alternative to conventional outpatients consultations (in hospitals and primary health care centres). The objective is to make a diagnostic and therapeutic approach in the shortest time possible, empowering the first visits and reducing the second ones. For a standard consultation in the traditional model it would be necessary 3 days of health care attendance (one for the first visit, another for the complementary tests, and the third one for results and treatment), while unique consultations only need one day. We comment the advantages and disadvantages of unique (or high resolution) consultation in our health care pediatric context, like an instrument of improvement in health care quality: increases the

satisfaction of the patients, improves the accessibility and reduces costs, and it has not been proved that it decreases the effectiveness, efficiency and security. The important question in this new model of outpatient consultations is if it is feasible in the actual health care system, with the complexity and over utilization of hospital and primary care pediatric centers.

Key words: *Unique consultation, High resolution consultation, Health care quality, Pediatrics.*

Área de hospitalización y área de consultas externas en la asistencia sanitaria en Pediatría

La tendencia actual es que la asistencia sanitaria en Pediatría (y por extensión del resto de las especialidades médicas) se desarrolle fundamentalmente en consultas externas (Hospitalaria y de Atención Primaria), de forma que se utilizará la hospitalización cuando sea precisa y durante el menor tiempo necesario. La consulta externa aporta ventajas al paciente (comodidad y menor entorpecimiento en la vida familiar) y al sistema sanitario (menores costes). Para potenciar esta dinámica asistencial cabe plantear mejoras en el área de hospitalización (destacar el desarrollo de alternativas como las unidades de corta estancia y la hospitalización domiciliaria) y en el área de consultas externas (destacar el desarrollo de alternativas como la consulta única o de alta resolución). La actividad en el área de consultas externas es, hoy en día, el pivote alrededor del cual se preconiza que debe girar la actividad de la atención sanitaria, de

forma que la hospitalización pasaría a ser un instrumento de apoyo dentro del proceso de relación de un especialista hospitalario y un enfermo, utilizable cuando fuera preciso y durante el menor tiempo necesario.

Dados el presente y futuro inmediatos de austeridad en el sector sanitario, no resulta extraño que la búsqueda de la eficiencia en la hospitalización sea un marcador clave dentro del concepto de calidad asistencial, máxime teniendo en cuenta que los servicios hospitalarios suponen más del 60% del gasto sanitario total en España. Se trataría de favorecer un uso más eficiente del hospital a través de la identificación y disminución de las admisiones y estancias inapropiadas, definidas como las realizadas en hospitales de agudos cuando clínicamente podrían haber sido realizadas en niveles asistenciales distintos: ambulatorio, hospitalización por períodos inferiores a 12 horas (hospital de día), hospitalización a domicilio con supervisión del centro, hospital de cuidados crónicos, etc.¹ Todo lo anterior entronca con

el concepto de hospitalización inapropiada, para lo cual se han utilizado diversos instrumentos de identificación, siendo el más conocido y utilizado el *Appropriateness Evaluation Protocol*^{1,2}.

El tema de la hospitalización inapropiada va a ser un indicador cada día más presente en Pediatría¹⁻³. Existen diversas razones por las cuales los pediatras debemos estar interesados en liderar este tipo de investigaciones sobre calidad asistencial^{4,5}: conseguir que la gestión tenga un fundamento clínico, para racionalizar antes de racionar, y evitar el uso de procedimientos inadecuados antes de restringir inadecuadamente, pero, sobre todo, para que ya que se nos dice en qué condiciones debemos ejercer la asistencia, que ésta responda a los ideales científicos y humanitarios en los que siempre nos hemos inspirado.

La consulta única (o de alta resolución): definición y características

Se define la consulta única (o de alta resolución) como "el proceso asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico junto con su correspondiente tratamiento, tras la realización de las exploraciones complementarias necesarias, quedando todo reflejado en un informe clínico y siendo realizadas estas actividades en una sola

jornada y en un tiempo aceptado por el usuario"⁶. Esta definición así como los principales estudios realizados sobre el tema en España se fundamentan en los trabajos realizados en los últimos años por el equipo del Hospital Alto Guadalquivir (Andújar, Jaén) en relación con las consultas externas hospitalarias⁶⁻⁹, al que se ha sumado algún otro grupo de trabajo¹⁰.

En sentido estricto, la consulta única busca resolver el problema de salud de un paciente el mismo día de consulta, realizando las pruebas complementarias pertinentes para tal fin (cuando éstas fueran precisas, pues en muchas ocasiones la anamnesis y exploración física son suficientes herramientas) y que permitan un adecuado abordaje diagnóstico-terapéutico, objetivos finales del proceso de consulta externa en nuestro actual sistema sanitario. El objetivo es buscar, por un lado, ofrecer lo antes posible un diagnóstico y un tratamiento del proceso del paciente y, por otro, evitar en lo posible el mayor número de desplazamientos al centro. Potenciar, por tanto, las primeras visitas (siendo éstas resolutorias) y disminuir, en lo posible, las visitas sucesivas.

En el proceso de consulta única (o de alta resolución) las consultas externas están organizadas de tal manera que los

pacientes que acuden como primera visita son citados en las primeras horas de la mañana. Una vez que el paciente es evaluado por el médico a través de una correcta anamnesis y exploración física, se solicitan las pruebas complementarias que se consideran oportunas. Las pruebas complementarias se realizan el mismo día (salvo que la exploración solicitada precise de una preparación especial), y entre ellas se incluyen estudios analíticos (hemograma, bioquímica convencional, análisis de orina) y de imagen (estudios radiológicos, ecográficos y de tomografía computarizada), así como algunas otras pruebas (electrocardiograma, espirometría, etc.). La organización del centro sanitario atiende las peticiones realizadas como consulta única como una solicitud de carácter preferente que se responde de forma temprana. Una vez realizadas las pruebas complementarias, el paciente regresa a la consulta inicial del facultativo que la solicitó, donde se le efectúa un diagnóstico (al menos de presunción) y se dan las indicaciones terapéuticas correspondientes⁶.

En la Figura 1 se esquematiza el funcionamiento habitual de la consulta externa (de un hospital) con organización tradicional frente a un hospital con organización de consulta única. Para una consulta estándar en el modelo tradicio-

nal se precisarían tres días de asistencia (uno para la primera visita, otro para realizar las pruebas complementarias, y un tercer día para recoger los resultados y el tratamiento indicado), frente a sólo uno en el caso de consulta única.

No todos los autores defienden este paradigma de la consulta única, y se han oído también voces discordantes, tanto en el ámbito hospitalario¹¹ como de Atención Primaria^{12,13}. J. Gervás¹³ comenta la posibilidad de hablar, usando un juego de palabras, de consultas de "excesiva" resolución, pues si no se utiliza el buen juicio clínico, ante el protocolo de la consulta única se podría llegar a otra expresión de encarnizamiento diagnóstico y terapéutico de cuidados especializados innecesarios, costosos y peligrosos, lo que entronca con conceptos relativamente novedosos en nuestra asistencia sanitaria: el efecto cascada (la mala interpretación del concepto de riesgo puede llevar a la intervención médica exacerbada e innecesaria, al exceso diagnóstico y terapéutico)¹⁴ y la prevención cuaternaria (que es la intervención que atenúa o evita las consecuencias del intervencionismo médico excesivo, que atenúa o evita los efectos perjudiciales de la intervención médica innecesaria, pues es la versión práctica del *primun non nocere*)¹⁵.

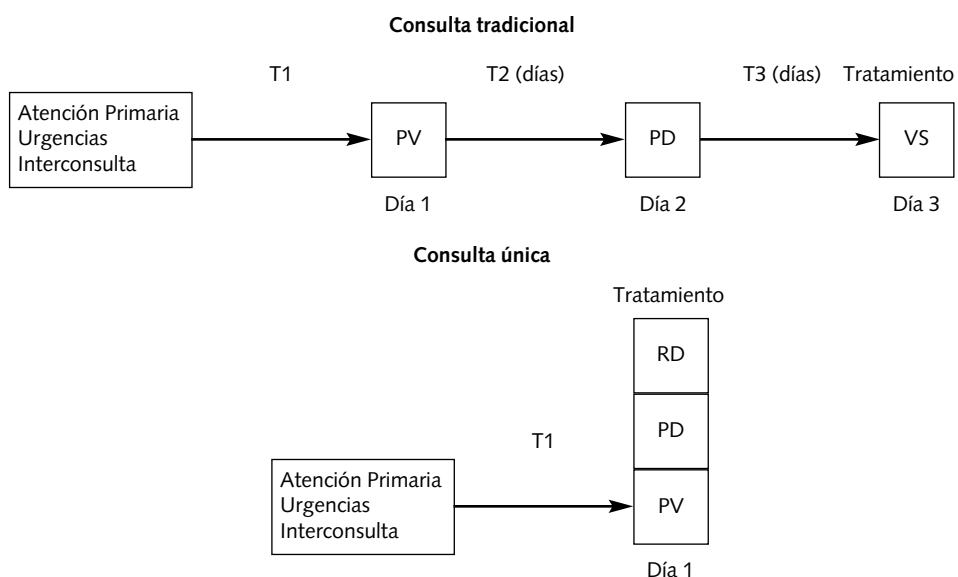
La consulta única (o de alta resolución) en Pediatría Hospitalaria y de Atención Primaria

En el estudio de Zambrana García y cols⁶ se observa que no todas las especialidades hospitalarias se benefician de

la misma manera del sistema de consulta única y, de forma esquemática, diferencian tres grupos de especialidades:

- Especialidades que, por sus características, pueden ofrecer un diagnóstico y tratamiento en el mismo día;

Figura 1. Esquema del funcionamiento de la consulta externa tradicional frente a la consulta única*.



PV: primera visita.

PD: pruebas diagnósticas.

RD: revisión en el día.

VS: visita sucesiva (visita en un día posterior a la PV).

T1: tiempo dependiente de la lista de espera de consultas externas de la especialidad a la que asiste el paciente.

T2: tiempo dependiente de la lista de espera de los centros de diagnóstico (laboratorio, radiología, etc.).

T3: tiempo dependiente de la lista de espera de consultas externas de la especialidad a la que asiste el paciente, de la lista de espera de las visitas sucesivas y de la prioridad del paciente.

Consulta única:

Tiempo de espera: T1

Número de días de asistencia especializada: 1

Consulta tradicional:

Tiempo de espera: T1 + T2 + T3

Número de días de asistencia especializada: 3

*Modificado de Zambrana García y cols⁶.

por ejemplo, dermatología y oftalmología.

- Especialidades que difícilmente pueden beneficiarse de este sistema, dado que el paciente puede precisar preparación para la realización de pruebas complementarias (por ejemplo, endoscopia digestiva) o bien que el tratamiento de elección es el quirúrgico (por ejemplo, cirugía general).
- Especialidades en las que es posible implementar el sistema de consulta única, llevando a cabo cambios organizativos y de gestión no complicados; por ejemplo, neumología, traumatología... y también Pediatría.

La mayor parte de la experiencia acumulada en el proceso de consulta única procede de estudios realizados en consultas externas hospitalarias. Así, en el estudio de Zambrana García y cols⁶, sobre un total de 1.015 primeras visitas realizadas en Pediatría en el año 2000 en el Hospital Alto Guadalquivir (4,1 primeras visitas en cada uno de los 245 días hábiles y un total de unos 10,8 pacientes atendidos cada día), un 67% de las mismas se pudieron resolver bajo el sistema de consulta única.

Son infrecuentes estos estudios sobre consultas externas de Atención Prima-

ria. En este sentido destacamos las recientes aportaciones en el entorno pediátrico de nuestro país, todas ellas publicadas en la *Revista Pediatría de Atención Primaria*¹⁶⁻¹⁹. En este contexto se utiliza el término de consulta de alta resolución en Atención Primaria como la consulta resolutoria llevada a cabo en el Centro de Salud, en donde se realizan un buen número de pruebas diagnósticas y se pautan tratamientos específicos, evitando las demoras que pueda suponer la derivación a las consultas externas hospitalarias; como ejemplo se expone la pauta de actuación ante la presencia de masas axilares¹⁷ y ante el dolor abdominal crónico en la infancia¹⁹.

Llevar adelante un proceso de consulta única en Atención Primaria es un tema más complejo ante la mayor dificultad para acceder a las pruebas complementarias.

Implicaciones de la consulta única (o de alta resolución) en la mejora de la calidad asistencial

Gestión clínica, calidad o excelencia son nuevos paradigmas que han surgido en los últimos años en los servicios sanitarios y que han ido descubriendo al clínico cómo su actividad puede ser modificada en términos de resultados (a través de indicadores) y cómo dispo-

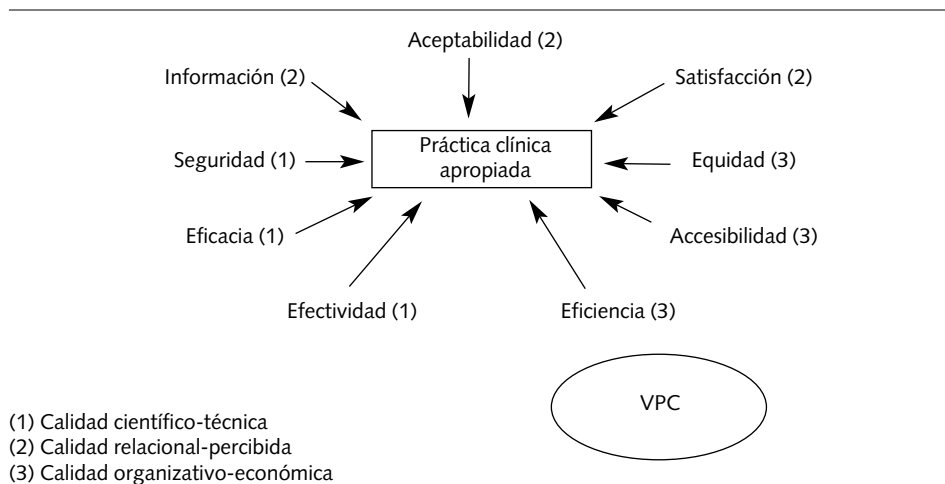
mos de conocimientos estructurados (herramientas de gestión y calidad) para ayudar a mejorar continuamente el resultado de las actividades clínicas. Ha llegado el momento de que los clínicos asuman el liderazgo que les corresponde en la mejora continua de la asistencia sanitaria a través de la cultura de la gestión y de la calidad asistencial.

La consulta única (o de alta resolución) constituye una alternativa de mejora frente a los sistemas tradicionales

de atención ambulatoria, lo que se aprecia en la influencia que pueda tener en los tres niveles de la calidad asistencial necesarios para llevar a cabo una práctica clínica adecuada (Figura 2):

- Calidad científico-técnica: se trata de enunciar los principales problemas y oportunidades de mejora de la calidad en base a conceptos de eficacia (capacidad de producir el efecto deseado en condiciones ideales), efectividad (capacidad de pro-

Figura 2. Componentes de la calidad asistencial necesarios para llevar a cabo una práctica clínica adecuada.



Una práctica clínica adecuada conlleva intentar mejorar los tres componentes de la calidad asistencial: calidad científico-técnica (eficacia, efectividad y seguridad), calidad relacional-percibida (información, aceptabilidad y satisfacción) y calidad organizativo-económica (eficiencia, accesibilidad y equidad). Y todo ello matizado por el concepto de variabilidad en la práctica clínica (VPC), en el que cabe diferenciar aquella VPC lícita (propia de considerar la medicina como un arte, y que depende de la experiencia clínica del médico así como del estado clínico y preferencia de los pacientes, y que se debe respetar) respecto a la VPC ilícita (es decir, aquella que va en contra de las pruebas científicas y que es necesario evitar).

ducir el efecto deseado en condiciones habituales en la práctica clínica) y seguridad.

- Calidad relacional-percibida: complementa el anterior desde la perspectiva del paciente para identificar el grado de satisfacción, aceptabilidad e información, así como los métodos de respuesta a quejas y reclamaciones.
- Calidad organizativo-económica: complementa los anteriores con consideraciones de organización general y se basa en la optimización de recursos y eficiencia del servicio (es el logro del objetivo con el menor coste posible); también valora accesibilidad y equidad.

El principal interés por la calidad en la atención sanitaria varía en función del agente implicado: a los profesionales sanitarios les interesa la calidad científico-técnica, a los pacientes la adecuación de los recursos sanitarios (o calidad percibida) y al gestor le importa la calidad de gestión²⁰⁻²².

Si bien los estudios realizados hasta la fecha sobre consulta única no pueden demostrar de forma concluyente la mejora de la calidad científico-técnica, tampoco se aprecia un empeoramiento respecto a los conceptos de eficacia, efectividad y seguridad en el manejo de

las patologías habituales respecto a los sistemas tradicionales de atención ambulatoria en consultas externas. En donde sí es lógico que se detecten mejoras es en los otros dos niveles de la calidad asistencial (relacional-percibida y organizativo-económica): la consulta única incrementa la satisfacción de los pacientes (en la medida en que se acortan drásticamente los tiempos de espera y la ansiedad que produce la demora del proceso diagnóstico-terapéutico tradicional), se mejora la accesibilidad (evitando las consultas sucesivas para realizar pruebas diagnósticas y posteriores resultados y tratamiento definitivo) y se reducen los costes (asociado a las visitas sucesivas que se evitan).

Está claro que el sistema de consulta única (o de alta resolución) precisa de la implicación y colaboración de todos los profesionales del sistema sanitario para hacer una atención en consultas externas (Hospitalaria y de Atención Primaria) de mayor calidad. La pregunta que subyace en este modelo de atención en consultas externas es si es factible en el actual sistema sanitario, bien por la complejidad de funcionamiento de la mayoría de los hospitales (con la sobrecarga de los servicios centrales, a la hora de solicitar pruebas diagnósticas analíticas, de imagen, etc.) o por el uso, abuso

e hiperfrecuentación de las consultas de Atención Primaria²³⁻²⁵. Está claro que conviene que se den, al menos, otros cambios paralelos en aspectos asistenciales administrativos y de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada.

En el Informe Delphi sobre *El futuro de la salud infantil y la Pediatría en España* publicado en el año 2000²⁶ se recogen las valoraciones, deseos y pronósticos de un panel de médicos generales, pediatras, especialistas, gestores, diplomados universitarios de enfermería y miembros de asociaciones de usuarios acerca de la tendencia evolutiva de la Pediatría en el futuro inmediato. De los ocho ámbitos temáticos analizados, el punto 5 analiza el tema de "Organización asistencial y autogestión": se destaca la mayor congruencia en la creciente integración de los niveles asistenciales pediátricos –primario y especializado– en los próximos 12 años, así como el deseo acerca de la implantación de la autonomía de gestión y la responsabilidad de los profesionales en la organización, flujo de pacientes y programación asistencial.

En las próximas décadas se van a establecer alternativas a los modelos de gestión clínica que sustituirán el paradigma actual, en el que debemos apren-

der a priorizar el uso creciente de nuestros recursos. Los cambios también conllevan un concepto diferente de hospital pediátrico: la calidad total, el desarrollo tecnológico y las áreas de autogestión clínica parecen formar parte del nuevo paradigma hospitalario para el siglo XXI, en el que será imperativo trabajar dentro del engranaje que suponen la asistencia extrahospitalaria-intrahospitalaria y la implicación de los profesionales y los clientes en el diseño del modelo²².

La interrelación Atención Primaria-Especializada en Pediatría viene determinada por la adopción de una serie de medidas: mejora de los sistemas de información, mejora del proceso asistencial (gestión de citas, circuitos de comunicación...), mejora en la adecuación en el empleo de los recursos (protocolos de uso racional de medios diagnósticos y terapéuticos, prescripción de genéricos...), comisiones paritarias de área Primaria/Especializada a través de programas de educación médica continuada, planificación de líneas de investigación, evaluación de la calidad asistencial, etc.²² Una herramienta de uso común en ambos entornos de trabajo de la Pediatría puede ser la progresiva implantación de la consulta única (o de alta resolución) en el área de consultas externas (Hospitalaria y de Atención Primaria).

Bibliografía

1. Peiró S, Portella E. Identificación del uso inapropiado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia. *Med Clin (Barc)*. 1994;103:65-71.
2. González de Dios, Mateos MA, González I. Hospitalización inapropiada: un marcador de calidad asistencial. *An Esp Pediatr*. 1997;46:521-524.
3. Sarría Santamera A. ¿Por qué se hospitalizan los niños en España? *An Esp Pediatr*. 1996;45:264-268.
4. Marín León I. ¿Puede la gestión sanitaria tener fundamento clínico? *Med Clin (Barc)*. 1995;104:381-386.
5. Varo J. La calidad de la atención médica. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:538-540.
6. Zambrana García JL, Jiménez-Ojeda B, Marín Patón M, Almazán González S. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:302-305.
7. Montijano AM, Zambrana JL, Amat M, Delgado M. Grado de satisfacción de los pacientes beneficiados de un sistema de "consulta única" en cardiología. *Rev Calidad Asistencial*. 2003;18:650-654.
8. Rosa F, Zambrana JL, Velasco MJ, Adarraga D, Martos L, Marín M. Análisis de los tiempos de demora en un programa de consulta única. *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17:378-379.
9. Rosa Jiménez R, Zambrana García JL, Velasco Malagón MJ, Bravo Santervás JM, Ruiz Romeo JA, Amat Vizcaino M. Impacto sobre el tiempo de espera del modelo de consulta única en neumología frente a la consulta convencional. *Neumosur*. 2002;14:187-192.
10. Ruiz Arranz JL, Ruiz Romero JA, Álvarez Villalón J. La consulta única como instrumento de mejora de la calidad asistencial, en cirugía ortopédica y traumatología. *Todo Hospital*. 2001;111:375-379.
11. San Román Terán CM, Gómez Huelgas R, Sanz Moreno J, Viciano Fernández P. Consulta única, ¿es la única y mejor solución? *Med Clin (Barc)*. 2002;119:596-599.
12. Gervás J. Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata. *SEMERGEN*. 2004;30:245-257.
13. Gervás J, Palomo L. ¿Alta o excesiva resolución? *Med Clín (Barc)*. 2002;119:315.
14. Pérez Fernández M, Gervás J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clin (Barc)*. 2002; 118: 65-67.
15. Gervás J. La prevención cuaternaria. *OMC*. 2004;95:8.
16. Herranz Jordán B. Las consultas de alta resolución. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003;5:9-12.
17. Fernández Pérez M, López Benito MM, Pérez Martín JA, Barrientos García E. Adolescentes con masas axilares: caso clínico que ilustra una consulta de alta resolución en Pediatría de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003;5:61-67.
18. Fernández Pérez M, López Benito M, Franco Vidal A. Consultas de alta resolución desde la Pediatría de AP: una apuesta por la calidad asistencial. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003;5:133-144.
19. Rico Marí E, Borja Pastor MC, Codoñer Franch P, Úbeda Sansano MI. Dolor abdominal crónico en la infancia. Hacia la consulta de alta resolución en Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2004;6:597-604.
20. Aranaz Andrés JM, Bolumar Montrull F, Vitaller Burillo J. La calidad asistencial de la teoría a la práctica. En: *La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria*. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2002. p. 19-28.

21. Arcelay A. Gestión clínica y calidad asistencial. En: La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2002. p. 87-95.
22. González de Dios J. El Informe Delphi sobre "El futuro de la Salud Infantil y la Pediatría en España": comentarios y reflexiones. Rev Esp Pediatr (aceptado para publicación).
23. Polo Martín P, Reyes Díaz E, Mateu Mahiques J, Casanova Matutano C. Análisis de la relación entre morbilidad y nivel de demanda en Atención Primaria pediátrica. Un estudio sobre 1.359 niños. An Esp Pediatr. 1998;49:273-279.
24. Orueta JF, López de Munain J. ¿Es necesario que algunos pacientes nos visiten tan a menudo?: factores asociados con la utilización en Pediatría de Atención Primaria. Gac Sanit. 2000; 14:195-202.
25. Tapia Collados C, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D, Bernáldez Torralba C, Ortuño Adán E. Hiperfrecuentación en las consultas de Pediatría de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2004;6:547-557.
26. El futuro de la Salud Infantil y la Pediatría en España [En línea][Fecha de consulta 2004 oct 13]. Disponible en http://www.fundsis.org/home_actividades.htm

