

## EDITORIAL

# La consulta de alta resolución en gastroenterología: beneficios y limitaciones

En la actualidad la mayoría de los pacientes con enfermedades digestivas pueden ser estudiados y atendidos en la consulta externa sin necesidad de ingresos hospitalarios, utilizando de forma adecuada procedimientos diagnósticos como la ecografía o la endoscopia. Por ello, el sistema nacional de salud se encuentra sometido en España a una elevada demanda de actos médicos. Al año, se producen más de 80 millones de consultas a los diferentes médicos especialistas y más de 250 millones de consultas médicas en atención primaria (1). Los pacientes se ven obligados a esperar semanas hasta obtener una cita con su especialista, y es posible que todavía necesiten varias visitas más hasta obtener una orientación diagnóstico-terapéutica. La respuesta en forma de incremento de las estructuras asistenciales suele resultar ineficaz.

El desarrollo de acciones destinadas a la mejora en la continuidad asistencial entre atención primaria y especializada es un aspecto de gran relevancia. Resulta imprescindible una buena coordinación entre atención primaria y especializada, sobre la base de acuerdos en guías clínicas y protocolos de derivación consensuados para el manejo de las entidades clínicas más prevalentes en nuestro medio. En algunas entidades clínicas digestivas existen guías clínicas consensuadas que pueden servir de base para estos acuerdos (2). Buena parte de los procesos digestivos más frecuentes pueden ser manejados inicialmente por el médico de familia (dispepsia y reflujo gastroesofágico entre otros), mediante el acceso a pruebas diagnósticas (como el test de aliento para *Helicobacter pylori* o estudios ecográficos o endoscópicos) en aquellos pacientes que así lo precisen, con lo que dicho proceso se podrá resolver en muchos casos sin precisar derivación, mientras que en aquellos casos en los que finalmente sea precisa la consulta al especialista, el paciente acudirá a la misma con las pruebas complementarias previamente realizadas.

Uno de los mecanismos existentes para la optimización de los recursos sanitarios lo constituyen las consultas de alta resolución o consultas únicas, que buscan resolver el problema de salud de un paciente en el mismo día de consulta, realizando las pruebas complementarias necesarias para tal fin. Con ello se pretende ofrecer lo antes posible (en el mismo día) un diagnóstico y tratamiento de su proceso médico (3).

En el número de esta revista, Zambrana-García y cols. presentan un estudio descriptivo realizado en un centro hospitalario de una comarca con alta frecuentación a consulta externa de la especialidad, en el que analizan la eficacia de una consulta de alta resolución, sistema implantado en dicho centro desde hace más de una década, y los principales procesos médicos que se benefician de este tipo de consultas (4).

Se incluyeron en el estudio un total de 179 pacientes de forma aleatoria, procedentes en su mayoría de atención primaria. El 72% de los pacientes fue citado para una consulta sucesiva, el 13% fue remitido a otra especialidad. Únicamente el 15% fue dado de alta tras la primera visita; no obstante, el 44% de todas las consultas se resolvieron como consulta única (el paciente tuvo un informe con diagnóstico y tratamiento, precisase o no una consulta sucesiva posterior), y la práctica totalidad de las consultas no consideradas "acto único" precisó visita sucesiva. La ecografía fue la prueba complementaria realizada principalmente (4).

Las entidades clínicas que terminaban en mayor porcentaje de consulta única fueron reflujo gastroesofágico, dispepsia, colelitiasis y hepatopatía crónica (4). Algunas de ellas lógicamente precisarán seguimiento en consulta (hepatopatía), otras serán derivadas a consulta de Cirugía (colelitiasis sintomáticas), mientras que otras entidades clínicas prevalentes como la dispepsia deberían manejarse principalmente en atención primaria (2), quedando la consulta de Digestivo para valoración de casos seleccionados no resueltos, y una vez hechas las pruebas habituales como el test de aliento o la endoscopia digestiva alta que deben estar accesibles al médico de atención primaria, lo que en cierto modo limita la utilidad de la modalidad de consulta única en dichas entidades.

Entre los aspectos de interés que plantea este trabajo, destaca la eficacia potencial de estas consultas únicas, medida que ha sido demostrada en diversas especialidades médicas (5-9). Los beneficios para los usuarios parecen incuestionables: menor número de visitas al hospital necesarias para completar un diagnóstico, interlocución con un único profesional y proporcionar tranquilidad al paciente al disminuir el tiempo requerido para llegar a un diagnóstico. Además esta estrategia disminuye las consultas sucesivas en un escenario de sobrecarga asistencial, y con ello el tiempo de espera para una consulta sucesiva en caso de ser necesaria (5). Así mismo, tiene repercusión en la productividad laboral mediante la disminución del tiempo de trabajo perdido como consecuencia de las visitas médicas.

Si bien la consulta de alta resolución resulta atractiva para el gestor, deberíamos hacer notar que no es posible desarrollarla en todas las situaciones. En algunas especialidades el potencial beneficio de la consulta única puede resultar menos evidente, debido a que el paciente necesita una determinada preparación para la realización de pruebas complementarias como ocurre en las endoscopias digestivas, e incluso las mismas en la actualidad se realizan en buena parte de los casos con el paciente sedado, con las implicaciones

organizativas que ello supone. Esto resulta en apreciaciones algo distorsionadas, como la exclusión de la endoscopia alta entre las pruebas a realizar en el mismo día de la consulta única en el trabajo de Zambrana-García y cols. (4), reconociendo las limitaciones de organización. Por otra parte, los resultados de algunas de las pruebas necesarias para el diagnóstico en patología digestiva no se obtienen en el mismo día de su realización (serologías víricas, estudio de celíaca, etc.), lo que ineludiblemente obliga a que el paciente tenga una visita sucesiva posterior, e imposibilita el tener un diagnóstico y plan terapéutico en el mismo día de la consulta inicial. Como queda dicho, Aparato Digestivo no está en disposición de implantar estas consultas en la misma medida que lo hacen otras especialidades, pues buena parte de los procedimientos diagnósticos precisan preparación o sedación, o son de resultado diferido.

La puesta en marcha de consultas de alta resolución exige modificaciones en el concepto tradicional de la primera visita al especialista, momento en el que se generan peticiones de pruebas complementarias y se fija una fecha para la revisión de los resultados y el establecimiento de un diagnóstico. El modelo de consulta única tiene una serie de necesidades para su implantación (10). Resulta imprescindible realizar cambios organizativos en las consultas externas, para disponer de tiempo suficiente en la evaluación del paciente pues se invierte más tiempo del previsto en la consulta. Así mismo, es necesario que los profesionales estén implicados en dichos cambios para el correcto funcionamiento de la consulta, y llegar a acuerdos tanto con Primaria y Urgencias para disponer de un circuito de derivación en el que se establezca claramente el tipo de pacientes que pueden recibir esta modalidad de asistencia y las pruebas complementarias a aportar, como con servicios centrales (Radiología, Laboratorio) para la realización en el día de pruebas complementarias si fuese preciso. El formato asistencial de consulta única debe ser explicado al paciente desde atención primaria, con el fin de que se cumplan las expectativas del paciente en su atención. Así mismo, resulta obligada la protocolización de los procedimientos internos una vez que el paciente accede a esta modalidad de consulta única.

Por último, algunos autores apuntan que las consultas de alta resolución podrían provocar un incremento de costes en pruebas complementarias, y sugieren la posibilidad de reservar estas consultas para pacientes con sospecha de patología orgánica, puesto que muchas de las derivaciones clásicas al especialista se producen en pacientes con patología funcional o que precisan una determinada prueba complementaria para la que el médico de atención primaria puede no tener acceso (11). El análisis de costes en pruebas complementarias deberá ser incluido en la planificación de la asistencia en modalidad de consulta única cuando se plantee poner en marcha.

Sin duda, los tiempos de demora para ser atendido en el sistema sanitario constituyen uno de los mayores problemas del mismo para el que se deben buscar soluciones eficientes mediante cambios organizativos y de gestión, con la implicación directa de los profesionales sanitarios, la colaboración entre atención primaria y especializada, y la actitud proactiva de las autoridades sanitarias para proporcionar los recursos y el apoyo necesario a dichos cambios, en la búsqueda de mecanismos que ayuden a optimizar los recursos de los que disponemos, que son finitos y limitados. En este escenario, el establecimiento de consultas únicas o de alta resolución puede ser adecuado en algunos procesos médicos que se benefician de esta modalidad de asistencia.

Fernando Bermejo

*Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Universidad Rey Juan Carlos. Fuenlabrada, Madrid*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2012. Edición revisada. Junio de 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/infns2012.pdf>
2. Gisbert JP, Calvet X, Ferrándiz J, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia. Actualización 2012. *Gastroenterol Hepatol* 2012;35:725.e1-38. DOI: 10.1016/j.gastrohep.2012.05.002
3. Zambrana-García JL, Jiménez-Ojeda B, Marín Patón M, et al. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. *Med Clin (Barc)* 2002;118:302-5. DOI: 10.1016/S0025-7753(02)72366-X
4. Zambrana-García JL, Montoro Caba MI, Chicano Gallardo M, et al. Eficacia de un sistema de consultas de alta resolución en gastroenterología en un centro hospitalario andaluz. *Rev Esp Enferm Dig* 2016;108:3-7.
5. Bravo Santervás JM, Zambrana García JL, Ruiz Romero JA, et al. Impacto sobre el tiempo de espera del modelo de consulta única en neumología. La consulta convencional. *Neumotur* 2002;14:187-92.
6. 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. DOI: 10.1016/S0025-7753(04)74478-4
7. Montijano Cabrera AM, Caballero Güeto J. La consulta de acto único en cardiología. *Rev Esp Cardiol Supl* 2007;7:30C-6C. DOI: 10.1016/S1131-3587(07)75247-0
8. Falces C, Sadurní J, Monell J et al. One-stop outpatient cardiology clinics: 10 years' experience. *Rev Esp Cardiol* 2008;61:530-3. DOI: 10.1157/13120004
9. Páez A, Redondo E, Sáenz J, Marín M et al. The one-stop clinic as the standard of out-patient care in a hospital urology department. *Int Braz J Urol* 2011;37:623-9. DOI: 10.1590/S1677-55382011000500009
10. Herrerías Gutiérrez JM, Argüelles Arias F, Martín Herrera L, et al. Consulta de alta resolución de digestivo en Andalucía, ¿qué es y cómo debe funcionar? *Rev Esp Enferm Dig* 2008;100:5-10.
11. Quintas Lorenzo P, Dacal Rivas A, González MF, et al. Derivación a las consultas de gastroenterología desde atención primaria: evaluación de dos programas. *Gac Sanit* 2011;25:468-73. DOI: 10.1016/j.gaceta.2011.04.009