

Consultas ambulatorias de atención especializada. Presente y propuestas de futuro



José Luis Zambrana García

Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. Hospital de Montilla. Montilla. Córdoba. España.

En los últimos años estamos asistiendo a cambios significativos y profundos en el desarrollo de las prestaciones tradicionales de nuestra atención sanitaria hospitalaria.

A la abultada proporción de ingresos y estancias inadecuadas en nuestros hospitales o la presencia de unas consultas ambulatorias masificadas y con largas listas de espera, se contraponen la necesidad de hacer una medicina cada vez más eficiente y de calidad. Así, no es de extrañar que surjan opciones innovadoras a dicha asistencia, tales como el desarrollo de una cirugía cada vez menos invasiva que no requiera el ingreso del paciente o fenómenos tales como los hospitales de día, unidades de corta estancia o de cuidados mínimos, la hospitalización a domicilio o el hotel de pacientes.

En el caso de las consultas externas hospitalarias, en su gran mayoría tienen como objetivo preferente la revisión de pacientes que han sido ingresados previamente en algún momento o la atención de procesos muy seleccionados, poco prevalentes y que requieren una alta superespecialización. Paralelamente, en las consultas ambulatorias de segundo nivel (los tradicionales centros periféricos de especialidades) se atiende a pacientes que aquejan procesos asistenciales frecuentes, muchos de ellos de carácter crónico y estable en su curso, y a los que se revisa de forma periódica sin que necesariamente ello entrañe cambios en el pronóstico o el tratamiento de la enfermedad. Así, más del 60% del total de las consultas externas de atención especializada se dedican a visitas de revisiones de pacientes¹. Este fenómeno, junto con la escasa coordinación entre niveles asistenciales y la pobre planificación de los circuitos que los pacientes deben seguir cuando precisan de atención sanitaria, explica que haya unas consultas ambulatorias saturadas, con poco tiempo para la atención a cada paciente y con demoras no desdeñables, especialmente en los procesos que por su gravedad son susceptibles de diagnóstico y tratamiento tempranos.

Frente a este panorama, han ido surgiendo experiencias en nuestro país de carácter innovador que persiguen, si no solucionar, al menos sí paliar este fenómeno. Así, a finales de la década de los ochenta, San Román et al² ponían en marcha una consulta de medicina interna que servía como sistema de filtro de las derivaciones desde atención primaria a consultas médicas de atención especializada en un hospital comarcal andaluz, y consiguieron que más del 40% de los casos se resolvieran en la primera visita. Una iniciativa con resultados muy similares se ha detallado recientemente en un hospital comarcal valenciano³.

Palabras clave: Consultas ambulatorias. Atención especializada.
Key words: Ambulatory care. Specialized care.

Correspondencia: Dr. J.L. Zambrana García.
Dirección Asistencial. Hospital de Montilla.
Ctra. A-309, Montoro-Puente Genil, km 65,350.
14550 Montilla. Córdoba. España.
Correo electrónico: jzambrana@ephag.es

Recibido el 4-5-2004; aceptado para su publicación el 15-5-2004.

Posteriormente, ya en la década de los noventa, Criado e Ibáñez⁴ describían en estas páginas un proyecto de colaboración entre un servicio de medicina interna y 3 zonas básicas de salud de su área hospitalaria, así como sus resultados en los primeros meses de su funcionamiento. Como elemento más sobresaliente, destacaba el hecho de contar con la valoración conjunta de especialistas de ambos niveles asistenciales tanto en pacientes hospitalizados como en consultas externas hospitalarias y en los centros de salud, de modo que existía un flujo recíproco de conocimiento entre ambos niveles.

En los primeros años de esta década, nuestro grupo detalló un sistema de consultas de alta resolución (la consulta en acto único) en el que los pacientes se beneficiaban, tras la primera valoración en consultas, de las pruebas complementarias precisas y revisión tras ellas en el mismo día, y lo que acorta significativamente el tiempo para un diagnóstico y tratamiento adecuado⁵⁻⁷. Así, todo un centro hospitalario adaptó la estructura y funcionalidad de las consultas externas y sus áreas de diagnóstico (analítica, radiología convencional, tomografía computarizada, ecografía, ergometría y endoscopias, entre otras) para poder llevarlo a cabo^{8,9}. Necesariamente fue y es indispensable contar con una planificación y reorganización del trabajo facilitada desde la dirección, así como con la implicación de todos los profesionales. Esto favorece, además, una reducción del número de desplazamientos del paciente al hospital, del número de visitas sucesivas y un incremento de la satisfacción del paciente⁹⁻¹¹.

Finalmente, hace unos meses leíamos en estas mismas páginas que el desarrollo de una consultoría de medicina interna conjunta con médicos de atención primaria se mostraba como otra alternativa eficiente a la prestación ambulatoria tradicional, con una reducción significativa de las derivaciones a atención especializada y de los tiempos de demora y un incremento ostensible de la resolución de los procesos. Así, pacientes previamente seleccionados por el médico de familia se valoraban de forma conjunta por los facultativos de ambos niveles en los centros de atención primaria, y se decidía de forma consensuada la actitud a seguir¹².

A todas estas iniciativas hemos de sumar la detallada en el presente número de MEDICINA CLÍNICA, donde Capell et al¹³ refieren los resultados tras 5 años de funcionamiento de una consulta de diagnóstico rápido para pacientes con alta sospecha de enfermedad grave. La reducción de los tiempos en la atención y diagnóstico del paciente y el hecho de evitar ingresos inadecuados son sus aportaciones más sobresalientes.

Característicamente, todas estas experiencias presentan unos elementos bastante comunes: son fenómenos geográficamente concretos, en gran parte movidos por el entusiasmo de unos pocos, en que los especialistas en medicina interna han desempeñado un papel crucial y en que queda la duda de si han perdurado o perdurarán en el tiempo. Así, en los últimos años ha sido tema frecuente de comunicación en congresos de medicina interna la puesta en mar-

cha, en varios puntos de España, de consultorías de estos especialistas en atención primaria y consultas de diagnóstico rápido. Los internistas, por su visión integral y global del paciente, probablemente sean los especialistas llamados a servir como puente de conexión entre los dos niveles, bien con su presencia en atención primaria o bien articulando consultas que sirvan de puerta de entrada a la atención ambulatoria especializada. Este aspecto, propuesto hace ya unos años y no exento de polémica^{14,15}, ha ido calando a lo largo de esta última década y se ha traducido en las experiencias antes señaladas o documentos de consenso/colaboración entre ambos niveles¹⁶. Sin embargo, no debemos olvidar que las fórmulas basadas en el entusiasmo, voluntarismo y altruismo de unos pocos tienen escasas (por no decir nulas) posibilidades de consolidarse y generalizarse en nuestro sistema sanitario si no cuentan con el apoyo del resto de miembros del equipo, así como de nuestros gestores y administradores.

Nuestras consultas ambulatorias deberán adaptarse de forma irremediable a las nuevas demandas y expectativas de nuestros pacientes y nuestra sociedad, con esperas lo más reducidas posibles y una atención de calidad. Frutos de esta preocupación han sido la apuesta clara de la Consejería de Salud de Andalucía por la implantación de una atención sanitaria basada en procesos asistenciales integrados, en las que el paciente sea el centro del sistema¹⁷ (cuyos resultados deberemos analizar en los próximos años), o que recientemente haya visto la luz una disposición que, por primera vez, regula en nuestro país los tiempos de espera para consultas de especialidades o de pruebas complementarias en la sanidad pública¹⁸.

La consulta ambulatoria de atención especializada debe convertirse en el pivote alrededor del cual gira la actividad de una especialidad, el lugar idóneo donde diagnosticar, orientar y establecer la estrategia terapéutica de un enfermo enviado desde atención primaria. De este modo, la hospitalización pasará 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^{19,20}.

En la gran mayoría de los procesos de carácter crónico, una vez que el paciente se encuentra estable y tratado correctamente, hay que remitirlo a su médico de atención primaria para su seguimiento. La atención especializada debe huir de acopiar en sus consultas a pacientes con procesos crónicos que pueden ser seguidos en atención primaria, para dedicarse de forma preferente a los problemas poco prevalentes. Así, las consultas podrían invertir la relación visitas sucesivas/primeras visitas a favor de estas últimas, lo que redundaría en una oferta mayor en las agendas de consultas para pacientes con procesos nuevos o bien crónicos reagudizados.

Además, debe existir una reorganización y planificación efectivas de la actividad en los centros hospitalarios, de modo que el paciente no sólo sea atendido de forma precoz al ser derivado desde atención primaria, sino que se beneficie de las pruebas complementarias precisas en ese mismo día. ¿Tanto cuesta que el cardiólogo cuente con un ecocardiograma en su consulta o que el radiólogo reorganice su actividad para valorar una mamografía el mismo día que un cirujano detecta en una paciente un nódulo mamario?

Por otro lado, la atención primaria ha de asumir el papel de filtro y puerta de entrada al sistema sanitario, apostando por incrementar su capacidad resolutoria. Los pacientes agradecen que se resuelvan sus problemas en el acto, sin remisiones y por su médico de toda la vida, en un entorno cercano y humano. La eficiencia y satisfacción de los pacientes es

evidente con una práctica de atención primaria de calidad, y esto implica la necesidad de unos médicos adecuadamente formados (conocimientos, habilidades y actitudes), con tiempo suficiente para valorar a sus pacientes y con la posibilidad de disponer de acceso a pruebas complementarias en los centros de especialidades²¹.

Junto a lo anterior, la atención especializada debe salir de su refugio natural (los centros hospitalarios) y trabajar conjuntamente con la atención primaria, bien como consultores y/o apoyo a ésta. Los internistas son los generalistas hospitalarios llamados fundamentalmente a ello, pero todo apunta a que la presencia de cualquier especialista en primaria incide en una mejor calidad de la atención²²⁻²⁶. Esto no debe vivirse como colonización o conquista de espacios de trabajo propios de la atención primaria, sino como otra forma de afrontar las necesidades de nuestros pacientes en su beneficio.

Nuestro mundo está inmerso en la actualidad en la irrupción y desarrollo de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, y la medicina no es inmune a esta vorágine. Cada vez existe un número mayor de experiencias con telemedicina y, en concreto, en el desarrollo de teleconsultas que permiten el apoyo diagnóstico entre profesionales o la valoración de pacientes distanciados físicamente²⁷. La apuesta en este sentido por parte de nuestros gestores y profesionales de la salud debe ser clara; los primeros, dedicando recursos hacia esta prestación innovadora en nuestras consultas, especialmente en zonas geográficas aisladas, los segundos, creyendo en esta alternativa real a la atención convencional de nuestros enfermos.

Sin duda, en los próximos años asistiremos a un auge de la actividad de las consultas ambulatorias de la atención especializada y a un cambio sustancial en la concepción de éstas. Nosotros mismos, nuestra sociedad, nuestros pacientes demandan unas consultas accesibles y de calidad, en las que las necesidades clínicas se impongan sobre las burocráticas, y se evite las demoras, los desplazamientos, los costes innecesarios, los tiempos muertos y/o la insatisfacción. Difícilmente podremos mantenernos al margen de ello.

Agradecimiento

A los facultativos consultados por compartir sus vivencias e ideas, así como a Jesús Huerta por las apreciaciones sobre el presente manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consejería de Salud. Actividad asistencial en atención especializada Andalucía 2001. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2002.
2. San Román CM, Viciano P, García Calvo MI, Gómez-Huelgas R, Peláez S, Porras JJ, et al. Consultas de especialidades médicas. Un sistema de «protección» y selección de hospitales generales básicos. *Rev Clin Esp* 1988;182:173-6.
3. Sanchís-Bayarri Bernal V, Rull Segura S, Moral López L, García Ferrer E, Aparisi Romero J, Escandón Álvarez J. Consulta de orientación de pacientes: una iniciativa para reducir listas de esperas. *Rev Clin Esp* 2003; 203:133-5.
4. Criado Montilla J, Ibáñez Bermúdez F. Relaciones entre hospital y atención primaria. Experiencia de un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc)* 1996;106:463-8.
5. Zambrana García JL, Ojeda Jiménez B, Marín Patón M, Almazán González S. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a la consulta ambulatoria tradicional. *Med Clin (Barc)* 2002;118: 302-5.
6. Rosa F, Zambrana JL, Velasco MJ, Adarraga MJ, Martos L, Marín M. Análisis de los tiempos de demora en un programa de consulta única o de alta resolución. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:378.
7. Ruiz Arranz JL, Ruiz Romero JA, Álvarez J, Villalón J. La consulta única como instrumento de mejora de la calidad asistencial, en cirugía ortopédica y traumatología. *Todo Hospital* 2001;111:375-9.
8. Bravo JM, Zambrana JL, Ruiz Romero JA, Velasco MJ, Rosa F, Amat M. Impacto en los tiempos de espera del modelo de consulta única en neumología frente a la consulta convencional. *Neumosur* 2002;14:187-92.

9. Montijano AM, Zambrana JL, Amat M, Velasco MJ, Adarraga MD, Rosa F, et al. Aplicabilidad y aportaciones del sistema de «consulta única» en cardiología. *Rev And Card* 2003;38:69-76.
10. 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;18:650-4.
11. Puente Gutiérrez JJ, Rodríguez González FJ, Bernal Blanco E, Zambrana García JL. La consulta de alta resolución en digestivo. *Rev And Pat Digest* 2003;26:23-7.
12. Grupo para la Asistencia Médica Integrada y Continua de Cádiz (GAMIC). La consultoría de medicina interna en atención primaria mejora la eficacia de la atención médica. *Med Clin (Barc)* 2004;122:46-52.
13. Capell S, Comas P, Piella T, Rigau J, Pruna X, Martínez F, et al. Unidad de diagnóstico rápido: un modelo asistencial eficaz y eficiente. Experiencia de 5 años. *Med Clin (Barc)* 2004;123:247-50.
14. Manresa JM. El médico de atención primaria, el especialista, ¿y el internista? *Med Clin (Barc)* 1995;105:374-6.
15. Lissen E. La medicina interna general a debate: historia de una crisis y su recuperación. *Med Clin (Barc)* 1995; 105:142-7.
16. Médicos de familia e internistas trabajando por una atención integral. Documento SEMI-SEMFyC. Sevilla, 1998.
17. Consejería de Salud. Plan de Calidad. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2000.
18. Decreto 96/2004, de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía de 30 de marzo de 2004. BOJA 2004;62:7756-63.
19. Díaz Fernández JL, Arce Mateos FP. El papel del servicio médico. 2.ª ed. En: Temes Montes JL, Pastor Aldegue V, Díaz Fernández JL, editores. *Manual de gestión hospitalaria*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1997; p. 61-86.
20. Ansorena Pool L. La gestión del paciente ambulatorio. En: López Domínguez O, editor. *Gestión de pacientes en el hospital*. Barcelona: Olaya, 1997; p. 207-27.
21. Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)* 1996;106:97-102.
22. Gato Díez A, De Tomás E, López Tello A, Cebrián D, Puras Tellaeche A. Medicina interna en un centro de atención primaria. Evaluación de nuestra experiencia. *An Med Interna (Madr)* 1996;13:64-7.
23. Oliver M, Lacasa C, Fernández F, Guarga A, Torras MG, Lemonche C, et al. La reordenación de la atención especializada en el Sector Sanitario Ciutat Vella: análisis de una experiencia. *Aten Primaria* 1998;21:377-82.
24. Pros A, Benito P, Grenzner V, Pacheco M, Blanch J, Campillo MA, et al. Analysis of experience in an integrated program of hospital rheumatological service and primary care. *An Med Interna* 1997;14:615-9.
25. Vierhout WP, Knotterus JA, Van Ooij A, Crebolder HF, Pop P, Wesselingh-Megens AM, et al. Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopaedic surgeons for locomotor-systemic disorders. *Lancet* 1995;346:990-4.
26. Vlek JF, Vierhout WP, Knotterus JA, Schmitz JJ, Winter J, Wesselingh-Megens AM, et al. A randomised controlled trial of joint consultations with general practitioners and cardiologists in primary care. *Br J Gen Pract* 2003; 53:108-12.
27. Canto Neguillo R. Telemedicina: informe de evaluación y aplicaciones en Andalucía. 1.ª ed. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2000.