Eficacia de un sistema de consultas de alta resolución en gastroenterología en un centro hospitalario andaluz

José Luis Zambrana-García[1], María Isabel Montoro Caba[2], Maite Chicano Gallardo[3], Ana Monrobel Lancho[3], Daniel Jesús Pérez de Luque[3], José Antonio Peña Ojeda[3] y José Manuel Recio Ramírez[4]

[1] Coordinación Asistencial, Hospital de Montilla, Córdoba, España.

[2] Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Córdoba, España.

[3] Unidad de Digestivo, Hospital de Montilla, Córdoba, España.

[4] Línea de Procesos Críticos y Urgentes, Hospital de Montilla, Córdoba, España.

Resumen

Antecedentes: la consulta alta resolución o única es aquel proceso asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico junto con su correspondiente tratamiento y reflejados ambos en un informe clínico, siendo realizadas estas actividades en una sola jornada. Objetivos: conocer en qué grado los pacientes con patología digestiva pueden beneficiarse del sistema de consultas en acto único. Material: estudio descriptivo de 179 episodios de primeras vistas seleccionadas aleatoriamente de una consulta de alta resolución de gastroenterología. Analizamos el porcentaje de pacientes que se beneficiaron de una consulta en acto único así como de las pruebas complementarias realizadas. Resultados: las patologías más frecuentes atendidas fueron la dispepsia (16%), los antecedentes familiares de cáncer de colon (16%) y enfermedad por reflujo gastroesofágico (16%). Setenta y nueve (44%) de las primeras visitas se resolvieron en consulta única y 80 (45%) de una prueba diagnóstica (100% ecografía abdominal) y revisión tras esta en el mismo día. La realización de una prueba en el día incrementaba significativamente el porcentaje de consulta única frente a los que no se les realizaba (57% frente a 34%, $p < 0,002$). Los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, dispepsia, colelitiasis y hepatopatía crónica eran las patologías que terminaban en mayor porcentaje en consulta única. Conclusiones: las consultas de gastroenterología pueden beneficiarse en gran medida de un sistema de consulta de alta resolución solo con cambios organizativos y sin costes adicionales especiales.

Palabras clave: Consulta de alta resolución; consulta acto único; consulta de digestivo.

INTRODUCCIÓN

La atención hospitalaria camina hacia un protagonismo creciente de las consultas externas hospitalarias, las cuales han pasado de ser el punto en el que se revisaba a los pacientes tras el alta hospitalaria a ser el eje alrededor del cual gira la actividad de una especialidad, el lugar apropiado donde diagnosticar y establecer la estrategia terapéutica. Así, la hospitalización ha pasado a ser un instrumento de apoyo en el proceso diagnóstico, utilizable únicamente cuando sea preciso y durante el menor tiempo posible. Además, la aparición de recursos diagnósticos incruentos o poco agresivos facilita y permite el diagnóstico ambulatorio de la mayor parte de los procesos médicos (1).

Desde hace ya más de una década nuestro hospital implantó desde el inicio de su actividad un sistema de consultas hospitalarias de alta resolución o consultas únicas, entendidas estas como “el proceso asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico junto con su correspondiente tratamiento y reflejados ambos en un informe clínico, siendo realizadas estas actividades en una sola jornada y en un tiempo aceptado por el usuario tras recibir la información oportuna” (2). Lo que aporta como novedad organizativa este tipo de consultas es que los pacientes, una vez valorados por el facultativo especialista en una primera visita, y si era pertinente, pudieran beneficiarse de pruebas diagnósticas oportunas y ser revisados por el mismo facultativo en ese mismo día. Tras ello, el paciente puede ser dado de alta de la consulta, ser citado a una visita sucesiva o bien remitirse mediante interconsulta a otra especialidad/centro.

Las exploraciones complementarias disponibles en nuestro centro y que pueden realizarse en acto único son todas aquellas que no necesitan preparación previa del paciente (hemograma, bioquímica básica, estudio de coagulación, gasometría, electrocardiografía, ecografía, radiología simple, tomografía computarizada, espirometría, etc.). Además, las peticiones realizadas durante la primera visita son atendidas por los servicios de soporte (fundamentalmente el Área de Biotecnología y el Área de Diagnóstico por Imagen) como una solicitud con carácter preferente y con un tiempo de respuesta máximo de tres horas (3).

La experiencia escrita en la literatura científica de esta concepción de consultas externas hospitalarias y su repercusión en la atención a pacientes con patología digestiva en nuestro país es muy escasa (2,4). Dichos estudios apuntan a que la resolución en un único día del paciente atendido en consultas externas de digestivo es inferior a la observada en otras especialidades médicas (2,4-6). Recientemente, un estudio multicéntrico señalaba qué requisitos estructurales y organizativos son precisos en opinión de los especialistas en aparato digestivo para poner en marcha una consulta ambulatoria de este tipo (7).

El objetivo de nuestro estudio es analizar el grado de resolución de una consulta hospitalaria de gastroenterología donde se cuenta con la disponibilidad para realizar y obtener exploraciones básicas a los pacientes en una única jornada, así como las patologías que fundamentalmente se benefician de este tipo de consultas.

PACIENTES Y MÉTODOS

Ámbito y sujetos

El Hospital de Montilla es un hospital público de 77 camas que atiende a Montilla (Córdoba) y su comarca (5 pueblos más), lo que supone una población de 63.742 habitantes. Dicho hospital es gestionado por la Agencia Pública Empresarial Alto Guadalquivir, perteneciente a la Junta de Andalucía y que incluye 7 centros distribuidos en las provincias de Córdoba y Jaén, con una atención aproximada de 252.000 personas. La frecuentación en nuestras consultas externas de digestivo es elevada, de modo que durante el pasado año 2014 ha sido de 302 primeras visitas por 10.000 habitantes. El hospital cuenta con dos consultas diarias de aparato digestivo que atienden un número aproximado de 54 pacientes de primera visita semanales. Dicha consulta es atendida por facultativos especialistas en aparato digestivo y auxiliares de enfermería. Todo el hospital dispone de historia clínica digital, con acceso a resultados analíticos y de pruebas diagnósticas en línea mediante un ordenador con conexión a internet. Además, se dispone en la misma consulta de un ecógrafo para ecografía abdominal. Los sujetos del estudio fueron los pacientes que acudieron a la consulta externa de digestivo del Hospital de Montilla en primera visita. Para el tamaño de muestra hemos considerado un número de consultas atendidas mediante el sistema de consulta única del 15% sobre las aproximadamente 1.900 primeras visitas que se producen anualmente en digestivo, con un error de muestra del 5% y un nivel de confianza del 95%. Así, necesitamos al menos 177 pacientes de primeras consultas para caracterizar las variables a estudiar.

Diseño

Estudio descriptivo llevado a cabo en la consulta de gastroenterología de nuestro hospital en el periodo de tiempo del 1 de octubre de 2014 al 31 de enero de 2015. Durante dicho periodo se llevaron a cabo 138 consultas de gastroenterología y se atendieron 764 primeras visitas. La selección de los pacientes incluidos en el estudio se realizó mediante una tabla de números aleatorios. Estos últimos señalaban qué pacientes de cada día eran finalmente los estudiados, desconociendo el facultativo de antemano quién iba a ser o no incluido en el estudio.

Variables analizadas

La recogida de las distintas variables fue realizada por el facultativo en cada consulta tras la atención a los pacientes. De cada episodio de primera visita analizada se consignaron en el ordenador de la consulta las variables epidemiológicas edad y sexo, procedencia (Atención Primaria, Urgencias, interconsulta), antecedentes personales (diabetes mellitus, hipertensión

arterial y antecedentes digestivos), pruebas diagnósticas aportadas, prueba(s) realizada(s) con revisión en el mismo día, diagnóstico clínico tras la primera visita, destino tras la primera atención (alta, visita sucesiva, interconsulta a otra especialidad o centro) y si la consulta se consideraba única o no (primera visita con un informe clínico en el que constaban diagnóstico y tratamiento, independientemente del destino del paciente).

Análisis estadístico

Para la explotación de los datos se utilizará el paquete de programas estadístico ACCESS y SPSS-PC 12.0. Los resultados se expresan como media (desviación estándar), asumiendo un error del 5%. Las variables cuantitativas fueron estudiadas mediante la prueba t de Student. Para la comparación de proporciones utilizamos la prueba de la Chi cuadrado. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité Ético y de Investigación del Hospital de Montilla (Córdoba).

RESULTADOS

Incluimos 179 pacientes de las 764 primeras visitas que existieron en el periodo de tiempo analizado. Las variables epidemiológicas y clínicas de los pacientes incluidos se detallan en la tabla I. La edad media fue de 54 (±18) años, con un predominio de mujeres (53%). La procedencia del paciente era fundamentalmente de Atención Primaria (72%) y 76 pacientes (43%) aportaban los resultados de una analítica básica recientemente solicitada.

Los principales diagnósticos tras esa primera atención fueron la dispepsia (16%), los antecedentes familiares de cáncer de colon (16%) y la patología relacionada con la enfermedad por reflujo gastroesofágico (16%). Un 72% de los pacientes fueron citados para una visita sucesiva, un 15% fue dado de alta tras la primera visita y el 13%, remitido mediante interconsulta a otra especialidad u hospital.

Setenta y nueve (44%) de las primeras visitas se resolvieron en consulta única (atención al paciente en la que se reseña en un informe clínico al menos un diagnóstico y tratamiento). El 57% de estas consultas únicas (n = 45) se beneficiaron de una prueba diagnóstica (100% una ecografía digestiva) y revisión en el día tras esta (Tabla II y Fig. 1). Del mismo modo, 80 pacientes (45%) de los 179 pacientes se beneficiaron de una prueba en el día (ecografía abdominal) y revisión tras esta. La realización de una prueba y revisión en el día incrementaba significativamente el porcentaje de consulta única frente a los casos en que no se les realizaba (57% frente a 34%, $p < 0,002$). Además, los pacientes que se beneficiaban de este sistema de consulta eran más jóvenes que los que no (52,2 [±19] años frente a 57 [±16)] años, $p < 0,03$).

De las 79 consultas realizadas en acto único, 67 (85%) se siguieron de una visita sucesiva, siendo el resto dadas de alta o derivadas a otra especialidad (16%). Frente a ello, y en el caso de las 100 consultas no consideras “acto único”, el 99% fue citado para una visita sucesiva y un 1% fue derivado a otra especialidad ($p < 0,05$) (Fig. 1).

Por último, y en cuanto a la patología que justifica la consulta, los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, dispepsia, colelitiasis y hepatopatía crónica eran las patologías que terminaban en mayor porcentaje en consulta única (Tabla II). La distribución por patologías en los que se realizó prueba diagnóstica en el día se reseña en dicha tabla II, siendo esta prueba en el 100% de los casos una ecografía digestiva.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados muestran que las consultas de digestivo pueden beneficiarse en gran medida de un sistema de consulta de alta resolución, siendo dichos resultados concordantes con estudios previos (2,3). Observamos, sin embargo, que el porcentaje de pacientes que

pueden terminar con un diagnóstico y tratamiento en una única jornada es significativamente inferior a otras especialidades (2,4,5). Dichos hallazgos son lógicos habida cuenta de las características propias de los pacientes con problemas digestivos, que en gran medida precisan de la realización de pruebas complementarias que requieren una preparación previa que no se limita a estar en ayunas (colonoscopia, TAC colono, etc.) o bien de determinaciones analíticas no disponibles para su realización en el mismo día (serología de hepatitis, estudio de celiaquía, etc.).

Pese a que la organización de nuestro centro permite contar con exploraciones complementarias que pueden realizarse en la misma mañana de la primera visita y que las peticiones realizadas son atendidas por los servicios de soporte como una solicitud con carácter preferente, en nuestro estudio objetivamos que ningún paciente se benefició de esta disponibilidad. Entendemos que esto se justifica, al menos en parte, por el número significativo de pacientes que contaban con una analítica básica antes de la atención en nuestra consulta. Ello probablemente es reflejo de nuestros acuerdos con Atención Primaria y el trabajo en base a procesos asistenciales integrados, en los que se incide en que los pacientes que se remitan a nuestras consultas acudan en ayunas y cuenten con una analítica básica previamente realizada.

Observamos que es la presencia de un ecógrafo en la consulta de digestivo lo que posibilita acelerar el diagnóstico de pacientes, en consonancia con las recomendaciones existentes en este sentido (7). Sin embargo, y pese a que muchos pacientes acudían en ayunas, no se realizaba una endoscopia digestiva alta aunque procediera su realización. Si bien inicialmente pensábamos que esto podía ser factible e incluso llevamos a cabo algunas (8), ha sido poco viable en el día a día, dado el tiempo que requiere la realización de esta exploración.

Por otro lado, pese a que un 44% de nuestros pacientes se beneficiaron de una consulta en acto único, gran parte de ellos fueron citados para una visita sucesiva en otra jornada. La razón de ello fue que si bien estos pacientes terminaban al final del día con un diagnóstico y tratamiento, era normal una nueva visita para el seguimiento clínico posterior (evolución del proceso, valorar respuesta al tratamiento o conocer resultados de pruebas complementarias solicitadas pero no realizadas en el día). Por tanto, entendemos que el avance que consigue un sistema de consulta única en digestivo es la posibilidad de realizar pruebas complementarias y revisar al paciente en una misma jornada, con lo que ello supone de acortamiento en la demora en llegar a un diagnóstico y en el número de visitas sucesivas precisas para ello.

Entre las limitaciones de nuestro estudio probablemente está la de haber sido realizado en un único centro. Sin embargo, cabe señalar aquí que nuestra organización de consultas de alta

resolución está presente desde hace más de 15 años en nuestra Agencia, estando implantado en 7 centros situados en diferentes hospitales desde su puesta en marcha y con unos resultados muy semejantes a los obtenidos en el presente estudio (2,3).

Por último, y a modo de conclusión, entendemos que este tipo de consultas suponen un avance claro en la atención a nuestros pacientes, con una resolución que favorece los tiempos de demora para diagnóstico y tratamiento, una reducción del número de visitas sucesivas y una elevada satisfacción del paciente (9). Ello se consigue fundamentalmente con cambios organizativos que no suponen mayor coste pero que sí requieren una alta implicación de los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zambrana García JL. Las consultas ambulatorias de especialidades. Presente y perspectivas de futuro. Med Clin (Barc) 2004;123:257-9. DOI: 10.1157/13065201

2. 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

3. Rosa-Jiménez F, Martos Melguizo L, Montijano Cabrera AM, et al. Impacto de los sistemas automatizados en un modelo de consulta de alta resolución. An Med Interna (Madrid) 2005;22:511-4. DOI: 10.4321/S0212-71992005001100002

4. Puente JJ, Rodríguez FJ, Bernal E, et al. La consulta de alta resolución en aparato digestivo. Rev And Patología Digestiva 2003;26:23-7.

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 frente a la consulta convencional. Neumosur 2002;14: 187-92.

6. Montijano Cabrera AM, Zambrana García JL, Amat Vizcaíno M, et al.Aplicabilidad y aportaciones al sistema de consulta única en cardiología. Rev And Card 2003;38:69-76.

7. 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. DOI: 10.4321/S1130-01082008000100002

8. Puente Gutiérrez JJ, Rodríguez González FJ, Ramírez Aguilar A, et al. Papel de la endoscopia digestiva alta en un modelo de alta resolución [abstract]. Gastroenterol Hepatol 2002;25:170-222.

9. Montijano A, Rosa-Jiménez F, Rubio JM, Monrobel A, et al. Análisis comparativo de la opinión de los pacientes en las consultas de cardiología de dos hospitales de alta resolución. Rev And Cardiol 2005;40:163-8.

Tablas y figuras

Tabla I

Tabla I. Características epidemiológicas y clínicas de los pacientes incluidos en el estudio

	n (%)
Sexo	
Varón	84 (47%)
Mujer	95 (53%)
Procedencia	
Atención Primaria	129 (72%)
Urgencias	23 (13%)
Interconsulta	27 (15%)
Diabetes mellitus	
Sí	26 (15%)
No	153 (85%)
Hipertensión arterial	
Sí	51 (28%)
No	128 (72%)
Antecedentes digestivos	
Sí	15 (9%)
No	164 (92%)
Diagnóstico tras primera visita	
Dispepsia	32 (18%)
AF cáncer colon	29 (16%)
ERGE	25 (14%)
Dolor abdominal inespecífico	10 (6%)
Hipertransaminasemia	9 (5%)
Síndrome diarreico	9 (5%)
Alteración ritmo intestinal	8 (4%)
Hepatopatía crónica	6 (4%)
Rectorragia	6 (4%)
Colelitiasis	6 (3%)
Síndrome emético	5 (3%)
Otros	34 (21%)
Destino	
Visita sucesiva	166 (93%)
Interconsulta	2 (1%)
Alta	11 (6%)

AF: antecedentes familiares. ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Tabla II

Tabla II. Distribución de las primeras visitas por diagnóstico al final de la jornada, número/porcentaje de estas que se consideraron consulta única y número/porcentaje que se beneficiaron de una prueba diagnóstica y revisión en el mismo día

Diagnóstico tras PV	*N.º PV*	*Número de CU (%)*	*Prueba y revisión en el día*
Dispepsia	32	32 (100%)	25 (78%)
AF cáncer de colon	29	0 (0%)	1 (0%)
ERGE	25	25 (100%)	25 (100%)
Dolor abdominal inespecífico	10	0 (0%)	9 (90%)
Hipertransaminasemia	9	0 (0%)	9 (100%)
Síndrome diarreico	9	0 (0%)	5 (55%)
Alteración ritmo intestinal	8	0 (0%)	2 (25%)
Hepatopatía crónica	6	6 (100%)	6 (100%)
Rectorragia	6	0 (0%)	0 (0%)
Colelitiasis	6	6 (100%)	6 (100%)
Síndrome emético	5	0 (0%)	4 (80%)
Otros	34	8 (24%)	18 (53%)
Total	*179*	*79 (44%)*	*110 (61%)*

CU: consulta única; PV: primera visita.

Figura 1

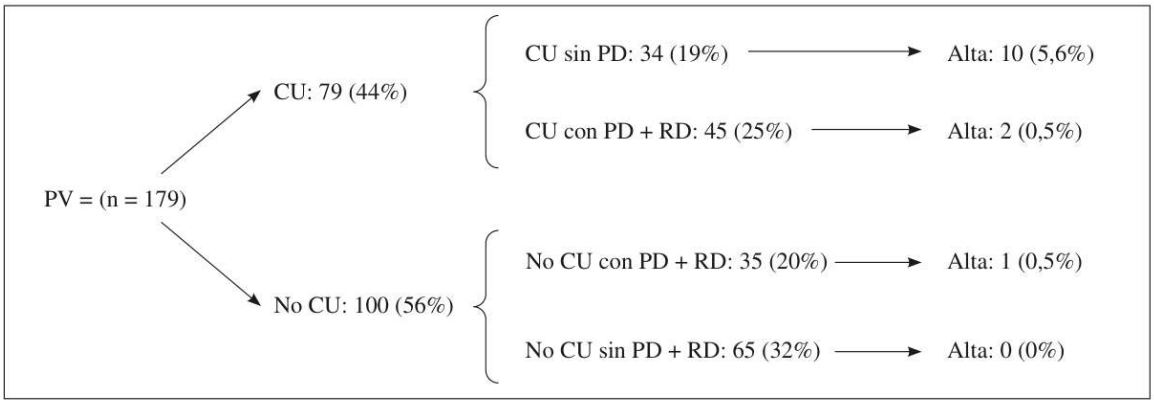


Fig. 1. Distribución de las consultas únicas tras la atención en primera visita de los 179 pacientes (CU: consulta única; PV: primera visita; PD: prueba diagnóstica; PD + RD: prueba diagnóstica y revisión en el día).