Procesos médicos susceptibles de alta resolución en consultas ambulatorias

J. L. Zambrana-García[1], M. Torres-Jiménez[2], J. M. Rubio-Sánchez[1], A. Montijano-Cabrera[1], J. A. Peña-Ojeda[1] y M. J. Velasco-Malagón[1]

[1] Línea de Procesos Médicos, Hospital de Montilla, Montilla (Córdoba), España.

[2] Departamento de Métodos Cuantitativos, Universidad Loyola Andalucía, España.

Resumen

Objetivos: La consulta de alta resolución o única (CU) es aquel proceso asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico junto con su correspondiente tratamiento y ambos son reflejados en un informe clínico, todo en una sola jornada. El objetivo de nuestro estudio es identificar los procesos asistenciales subsidiarios de ser resueltos en este tipo de consultas en 4 especialidades médicas, así como analizar las diferencias en cuanto a resolución entre dichas especialidades. Material y métodos: Estudio descriptivo de 795 episodios de primeras vistas seleccionadas aleatoriamente de una consulta de alta resolución de procesos médicos (cardiología, gastroenterología, medicina interna y neumología). Analizamos el porcentaje de pacientes que se beneficiaron de una CU, así como de las pruebas complementarias realizadas. Resultados: Un total de 559 de los pacientes (61%; IC 95%: 57-64%) se beneficiaron de prueba diagnóstica y revisión en el día, con diferencias significativas entre el tipo de consulta ($p < 0,001$). El 70% de los casos (IC 95%: 67-73%) fueron resueltos mediante consulta única, con una oscilación de entre el 86% en cardiología y el 44% en gastroenterología ($p < 0,001$). Además, la realización de una prueba en el día facilitaba que esta primera visita terminara en CU frente a no realizarla (49 frente al 22%, respectivamente, $p < 0,001$). Los diagnósticos más habituales que se beneficiaron de este sistema de consultas fueron la cardiopatía isquémica, la dispepsia, la cefalea y el asma. Las pruebas más habitualmente realizadas en el día fueron la tomografía computarizada craneal, la analítica sanguínea y ecografías. Conclusiones: Las consultas de especialidades médicas pueden beneficiarse en gran medida de un sistema de consulta de alta resolución solo con cambios organizativos.

Palabras clave: Consultas ambulatorias; eficiencia organizacional; administración del tiempo.

Abstract

Objectives: The high resolution clinic (HRC) is an outpatient care process by which treatment and diagnosis are established, recorded, and completed in a single day. The aim of this study was to assess the extent to which patients with medical conditions may benefit from a single consultation system. Material and methods: A descriptive study of 795 first visit events, randomly selected as highresolution consultations in cardiology, gastroenterology, internal medicine, and chest diseases. A discussion is presented on the percentage of patients who benefited from HRC and the complementary tests performed. Results: A total of 559 (70%, 95% CI: 67-73%) of all first visits became HRCs, and 483 (61%, 95% CI: 57%-64%) required a diagnostic test that was reviewed on the same day. There were differences between medical consultations (86% in cardiology versus 44% in gastroenterology consultations, P<.001).

Performing a test on the same day significantly increased the percentage of HRCs (49 versus 22%, P<.001). Ischaemic heart disease, dyspepsia, headache, and asthma were the conditions most commonly leading to HRC. The most common tests were cranial tomography, blood analysis, and ultrasound. Conclusions: Medical consultations may largely benefit from an HRC system, only requiring some organisational changes and no additional costs.

Keywords: Ambulatory care; organisational efficiency; time management.

Introducción

Actualmente las consultas ambulatorias hospitalarias se han convertido en un pilar clave de la actividad de una especialidad médica, el lugar idóneo donde diagnosticar, orientar y establecer la estrategia terapéutica de un enfermo remitido desde atención primaria. De este modo, la hospitalización ha pasado a ser un instrumento de apoyo dentro del proceso de relación de un especialista hospitalario y un enfermo, utilizable cuando sea preciso y durante el menor tiempo necesario. Además, la aparición de recursos diagnósticos incruentos (tomografía computarizada, resonancia nuclear magnética, endoscopias, ecografías, etc.) o poco agresivos (angiografía digital, biopsias por punción. . .) facilita y permite el diagnóstico ambulatorio de gran parte de los procesos médicos1.

Desde hace ya más de una década nuestra organización implantó un sistema de consultas hospitalarias de alta resolución o consultas únicas (CU), 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 aportó como novedad organizativa este tipo de consultas es que, en todas ellas, los pacientes, una vez valorados por el facultativo especialista en una primera visita, pudieran beneficiarse de pruebas diagnósticas oportunas y de ser revisados tras ellas ese mismo día.

Diferentes estudios apuntan a que la resolución en un único día de los pacientes atendidos en consultas ambulatorias hospitalarias se encuentra en torno al 70%, y que un 30% se beneficia en las primeras visitas de una revisión en el mismo día tras la realización de una prueba diagnóstica2---4.

Sin embargo, no todas las consultas se benefician homogéneamente de este sistema de consultas, de modo que existen 3 grandes tipo de especialidades a la hora de hablar de consultas de alta resolución2. Por un lado, aquellas que por sus propias características pueden ofrecer un diagnóstico y tratamiento en el mismo día con facilidad en cualquier hospital de nuestro país. En este grupo están la oftalmología o la dermatología. En segundo lugar, otro grupo de especialidades en las que difícilmente pueden beneficiarse de una CU, dado que precisan de una determinada preparación para la realización de las pruebas complementarias con las que poder llegar a un diagnóstico (enema opaco, colonoscopia, etc.). Es el caso de las consultas de gastroenterología, por ejemplo4. Finalmente existe un tercer grupo de especialidades que pueden establecer una CU de forma poco complicada implantando cambios

organizativos y de gestión para poder ofrecerla. En este grupo se encontraría la neumología o la cardiología3,4.

Frente a todo lo anterior, poco se conoce en la actualidad respecto a cuáles son las características de los pacientes o las enfermedades que se pueden beneficiar del sistema de CU, así como los procedimientos básicos para resolver un episodio de consulta de este tipo según el tipo de enfermedad. Ello nos permitiría conocer de antemano qué tipo de pacientes/dolencias pueden beneficiarse de una consulta en acto único y perfilar así cuáles son los cambios organizativos necesarios para introducir este modelo de consulta en otros centros hospitalarios.

Por ello, el objetivo de nuestro estudio es doble: por un lado, identificar los procesos asistenciales subsidiarios de ser resueltos en régimen de consultas de alta resolución en 4 especialidades médicas (cardiología, gastroenterología, medicina interna y neumología); por otro, analizar las diferencias en cuanto a resolución entre dichas especialidades.

Material 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 e 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 es elevada, de modo que durante el año 2015 ha habido 689 primeras visitas por 10.000 habitantes, lo que conlleva más de 55.000 primeras visitas y en torno a 110.000 consultas totales. 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.

Los sujetos del estudio fueron los pacientes que acudieron a la consulta externa de cardiología, gastroenterología, medicina interna y neumología del Hospital de Montilla en primera visita. Para el tamaño de muestra consideramos un número de consultas atendidas mediante el sistema de CU del 75% sobre las aproximadamente 5.900 primeras visitas que se producen anualmente en el total de las 4 especialidades médicas, con un error de muestra del 6% y un nivel de confianza del 95%. Así, necesitamos al menos 194 pacientes de primeras consultas de cada especialidad médica para caracterizar las variables a estudio.

Diseño

Se efectuó un estudio estadístico descriptivo con la información procedente de los pacientes atendidos en las consultas de cardiología, gastroenterología, medicina interna y neumología del Hospital de Montilla en el período de tiempo del 2 de noviembre de 2014 al 31 de enero de 2015. La selección de la muestra, es decir, de los pacientes incluidos en el estudio, se efectuó mediante muestreo simple aleatorizado, utilizando para ello una tabla de números aleatorios.

De este modo era imposible que el facultativo pudiera conocer de antemano qué pacientes de los atendidos cada día iban a ser incluidos o no en el estudio.

Modelo de atención en consulta de alta resolución o consulta única

El esquema de funcionamiento de un sistema de consultas de alta resolución frente al tradicional en nuestra organización se muestra en la figura 1. Básicamente, en nuestro sistema de atención de alta resolución, el paciente es atendido por el facultativo en una primera visita y, si es pertinente, se le ofrece que realice las pruebas complementarias disponibles en ese

mismo día y que sea revisado tras ellas por el mismo facultativo. Finalmente, un paciente puede ser dado de alta de la consulta, ser citado a una visita sucesiva o bien ser remitido 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. . .). 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 la Imagen) como una solicitud con carácter preferente y con un tiempo de respuesta máximo de 3 h.

Por otro lado, mediante reuniones periódicas entre los niveles de atención primaria y hospitalaria se consensuó que los pacientes remitidos a consultas del hospital contaran con una analítica sanguínea reciente (al menos hemograma y bioquímica básica) y una radiografía de tórax/abdomen si se consideraba pertinente, así como que recomendaran al paciente acudir en ayunas.

Variables analizadas

La recogida de las distintas variables fue realizada por el facultativo en cada consulta una vez atendidos todos los pacientes. De cada episodio de primera visita analizada se consignaron las siguientes variables epidemiológicas:

• Edad • Sexo • Especialidad (cardiología, gastroenterología, medicina interna, neumología) • Procedencia (atención primaria, urgencias, interconsulta) • Diagnóstico clínico tras la primera visita • Destino tras la primera visita (alta, visita sucesiva, interconsulta a otra especialidad o centro) • Consulta única: sí o no (entendiendo en el caso afirmativo que, tras la primera visita, el paciente recibe un informe clínico en el que consta diagnóstico y tratamiento, independientemente del destino: alta, interconsulta, visita sucesiva, etc.).

Análisis estadístico

Para la explotación de los datos se utilizó el paquete de programas estadístico Access y SPSS-PC 12.0. Los resultados se expresan como media (desviación estándar), asumiendo un error del 5%. En el caso de las proporciones se señalan el intervalo de confianza al 95% en las más significativas. Las variables cuantitativas fueron estudiadas mediante la prueba del análisis de la varianza. Para la comparación de proporciones utilizamos el test exacto de Fisher. 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 a 795 pacientes de las 5.786 primeras visitas del período de tiempo analizado. Las variables epidemiológicas de los pacientes reclutados se detallan en la tabla 1. La edad media fue de 60 ± 19 años, con un predominio de mujeres (54%). Existían diferencias significativas entre especialidades, de modo que los pacientes más jóvenes eran los atendidos en la consulta de gastroenterología (54 ± 18 años) y sobre todo mujeres, en la consulta de medicina interna (58%).

La procedencia de los pacientes era fundamentalmente atención primaria (67%), con diferencias significativas entre especialidades (73% en el caso de gastroenterología y 60% en neumología, $p < 0,001$).

El 61% de los pacientes (IC 95%: 57-64%) se beneficiaron de prueba diagnóstica y revisión en el día, con diferencias significativas entre el tipo de consulta. Así, los pacientes de cardiología tuvieron un mayor porcentaje de este tipo de atención (95%), frente a los de medicina interna, con solo un 36% ($p < 0,001$).

Un 70% del total de los pacientes (IC 95%:67-73%) obtuvieron un informe clínico con un diagnóstico y tratamiento al final de la jornada (CU). Esto fue mayoritario en el caso de los pacientes de cardiología (86%) frente a solo el 44% de gastroenterología ($p < 0,001$). Además, la realización de una prueba en el día facilitaba que esta primera visita terminara en CU frente a no realizarla (tabla 2, 49 frente al 22%, respectivamente, $p < 0,001$).

En cuanto al destino final de los pacientes tras esa primera visita, lo más común fue la necesidad de una visita sucesiva (63%; IC 95%: 60-66%), aunque con diferencias significativas entre las especialidades (43% en medicina interna, 93% en gastroenterología, $p < 0,001$).

Los principales diagnósticos tras la primera visita desglosados por especialidades, el porcentaje de consulta única, el porcentaje de pruebas diagnósticas realizadas en el día y tipo de estas, así como destino al alta se muestran en la tabla 3.

Los diagnósticos más habituales fueron la cardiopatía isquémica en la consulta de cardiología, la dispepsia en gastroenterología, la cefalea en medicina interna y el asma y el síndrome de apnea-hipoapnea obstructiva del sueño (SAHOS) en neumología. Existían diferencias entre especialidades en cuanto a necesidad de prueba en el día.

Fundamentalmente el electrocardiograma, la ecocardiografía, la ecografía abdominal, la tomografía computarizada de cráneo y la espirometría fueron las más utilizadas.

En la tabla 3 se detallan, además, los diagnósticos más frecuentes atendidos en cada especialidad y la proporción en que fueron resueltos en CU. Son los pacientes con antecedentes familiares de cáncer de colon y SAHOS las enfermedades que, siendo frecuentes en las consultas médicas, no se pueden resolver mediante este tipo de atención.

Discusión

Nuestros resultados muestran que las consultas ambulatorias de procesos médicos pueden beneficiarse en gran medida de un sistema de consulta de alta resolución si se reorganiza la actividad hospitalaria para hacerlo posible. Así, contar con una buena coordinación con atención primaria y el apoyo de los servicios hospitalarios de radiodiagnóstico y laboratorio permite que hasta un 70% de los pacientes puedan regresar a su domicilio con un diagnóstico y tratamiento adecuado tras la primera atención.

Objetivamos que el número de pacientes que pueden beneficiarse de un sistema de consulta de alta resolución depende en gran medida del tipo de especialidad de que se trate y, dentro de ellas, de la enfermedad que aqueje el paciente. Así, es la consulta de cardiología la que en gran medida pueden ofrecer un diagnóstico y tratamiento a un paciente tras una primera atención, frente a la de gastroenterología, cuyos resultados respecto al grado de resolución en el día son más limitados. Tales resultados son congruentes con estudios previos2---6 y entendibles, si tenemos presente que la consulta de cardiología puede realizar pruebas en el día que no precisan preparación previa (electrocardiograma, ecocardiograma. . .), frente a gastroenterología en las que las pruebas diagnósticas precisan de preparación o determinaciones analíticas menos habituales.

Nuestro estudio permite establecer cuáles son los pacientes que pueden beneficiarse de un sistema de CU y, sobre todo, qué elementos estructurales son precisos para ello. En primer lugar, la buena coordinación con atención primaria y la existencia de protocolos consensuados permiten que los pacientes remitidos al siguiente nivel cuenten con pruebas complementarias básicas como son una analítica sanguínea, un electrocardiograma o una radiografía simple. En segundo lugar, las consultas de atención hospitalaria deben contar con equipamiento médico apropiado (o tenerlo adyacente), según la consulta de que se trate (electrocardiógrafo y ecocardiógrafo en cardiología, ecógrafo y espirómetro en gastroenterología y neumología, respectivamente)7. En el caso de medicina interna se requiere de disponibilidad para la determinación analítica en el día de la tirotropina y de tomografía computarizada craneal.

Aunque un 70% de los pacientes estudiados obtuvieron al final de la jornada un diagnóstico y tratamiento (CU), la gran mayoría fueron citados para una visita sucesiva. Si bien esto podría llevar a pensar que contradice el propio concepto de consulta de alta resolución, esta nueva visita habitualmente se debe a la necesidad de un seguimiento clínico posterior (evolución del proceso, valorar respuesta al tratamiento o conocer resultados de pruebas complementarias solicitadas pero no realizadas en el día). Entendemos que la clave fundamental en este sistema de consultas es acortar los tiempos de demora para alcanzar un diagnóstico y tratamiento en el

proceso médico, acompañada de una reducción de las demoras para primeras consultas2, del número de visitas sucesivas, de los desplazamientos del paciente al hospital y lograr un notable grado de la satisfacción del paciente2,8. A ello hay que sumar el mantenimiento de un único interlocutor durante el proceso asistencial, así como la repercusión en la productividad laboral del paciente, al reducirse el tiempo de trabajo perdido como consecuencia de las visitas médicas.

Cabe recordar aquí que anualmente se llevan a cabo en nuestro país aproximadamente 80 millones de consultas de especialidades y que el 40% de estas corresponden a procesos médicos9. Las experiencias de carácter innovador en el campo de la atención ambulatoria han sido frecuentes a lo largo de los últimos 15 años, con la puesta en marcha consultas «filtro», consultas de alta resolución o de atención inmediata tanto en especialidades médicas como quirúrgicas1,10---13.

Entre las limitaciones de nuestro estudio probablemente están la de haberse 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, que está implantada en 7 centros situados en diferentes hospitales desde su puesta en marcha, con unos resultados muy semejantes a los obtenidos en el presente estudio.

Es evidente que 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. En el modelo de CU resulta imprescindible que los gestores y los profesionales del centro estén implicados para su correcto funcionamiento, que existan acuerdos tanto con atención primaria como con urgencias para disponer de un circuito de derivación y de las pruebas complementarias, que los servicios centrales (radiología, laboratorio) estén implicados, así como que el paciente acepte este tipo de atención.

Por último, algunos autores apuntan que las consultas de alta resolución podrían provocar un incremento de costes en pruebas complementarias, y proponen la posibilidad de reservar estas consultas para pacientes con sospecha de enfermedad orgánica, puesto que la accesibilidad a las pruebas por parte del médico hospitalario puede conllevar la sobreutilización de estas en pacientes con enfermedad funcional13.

A modo de conclusión, entendemos que las consultas de alta resolución o únicas suponen un avance claro en la atención a nuestros pacientes, lo cual se consigue fundamentalmente con cambios organizativos acompañados de una planificación y reorganización del trabajo, lo que

no debe suponer a priori un mayor coste, pero sí implica contar con elementos esenciales para su buen funcionamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

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

2. 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;118:302-5.

3. Montijano Cabrera AM, Caballero Gueto J. La consulta de acto único en cardiología. Rev Esp Cardiol. 2007;7:C30-6.

4. Falces C, Sadurni J, Monell J, Andrea R, Ylla M, Moleiro A, et al. Consulta inmediata ambulatoria de alta resolución en cardiología: 10 años de experiencia. Rev Esp Cardiol. 2008;61:530-3.

5. Bendezú García RA, Casado Martín M, Lázaro Sáez M, Patrón Román GO, Gálvez Miras A, Rodríguez Laiz GP, et al. Elevación de las enzimas de función hepática en nuestro medio: estudio etiológico y de la eficacia de una consulta de acto único. Gastroenterol Hepatol. 2013;36:450-6.

6. Zambrana-García JL, Montoro Caba MI, Chicano Gallardo M,Monrobel Lancho A, Pérez de Luque D, Peña Ojeda JA, et al. Eficacia de un sistema de consultas de alta resolución en gastroenterología en un centro hospitalario andaluz. Rev Esp Enferm Dig (Madrid). 2016;108:3-7.

7. Herrerías Gutiérrez JM, Argüelles Arias F, Martín Herrera L, Montero Domínguez JM, de Dios Vega J, Martín-Vivaldi R, et al. Consulta de alta resolución de digestivo en Andalucía

¿qué es y cómo debe funcionar? Rev Esp Enferm Dig (Madrid). 2008;100:5-10.

8. Díaz-Soto G, Torres B, López Gómez JJ, Gómez Hoyos E, Villar A, Romero E, et al. Impacto económico y satisfacción de la implantación de una consulta de alta resolución de enfermedad nodular tiroidea en Endocrinología. Endocrinol Nutr. 2016 (En prensa).

9. Estadística de centros de atención especializada hospitales. Resultados año 2011. Ministerio de Sanidad [consultado 22 Feb 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2011/PUBLICACION SIAE 2011.pdf.

10. Juan Ruiz FJ, Aranda Pérez G, Trujillo Ruiz JA. Alta resolución, pacientes, parientes e innovación organizativa. Rev Adm Sanit. 2007;5:105-21.

11. Fernández-García JC, Mancha-Doblas I, Ortega-Jiménez MV, Ruiz-Escalante JF, Castells-Fusté I, Tofé-Povedano S, et al. Estructura diagnóstica y funcional de una consulta de alta resolución de nódulo tiroideo. Endocrinol Nutr. 2014;61: 329-34.

12. Queipo JA, Moral A, Beltrán JF, Marco A, Borrell A, Chicote F. La asistencia urológica en el Centro Sanitario Integral «Alto Palanca»: modelo de integración primaria-especializada y consulta única. Actas Urol. 2005;29:305-10.

13. Quintas Lorenzo P, Dacal Rivas A, González MF, Cubiella-Fernández J, López-Sánchez L, García-García MJ, et al. Derivación a las consultas de gastroenterología desde atención primaria: evaluación de dos programas. Gac Sanit. 2011;25: 468-73.

Tablas y figuras

Tabla 1

Tabla 1 Características epidemiológicas y clínicas de (n = 795)

	CAR	GAS	MI	NEU	Total	p
	N = 198	N = 179	N = 201	N = 216	N = 795	
Edad (años)	63 ± 19	54 ± 18	60 ± 20	62 ± 18	60 ± 19	< 0,001
Sexo						
Varón	97 (49%) 102 (51%)	84 (47%) 95 (53%)	84 (42%)	99 (46%)	364 (46%)	
Mujer			117 (58%)	117 (54%)	431 (54%)	< 0,001
Procedencia						
A. primaria	135 (68%)	131 (73%)	139 (69%)	130 (60%)	535 (67%)	< 0,001
Interconsulta	46 (23%)	27 (15%)	49 (24%)	43 (20%)	165 (21%)	
Urgencias	18 (9%)	21 (12%)	13 (7%)	43 (20%)	95 (12%)	
PD + RD						
Sí	188 (95%)	79 (44%)	72 (36%)	144 (68%)	483 (61%)	< 0,001
No	11 (5%)	100(56%)	129 (64%)	72 (54%)	312 (39%)	
Consulta única						
Sí	172 (86%)	78 (44%)	153(76%)	156 (72%)	559 (70%)	< 0,001
No	27 (14%)	101(56%)	48 (24%)	60 (28%)	236 (30%)	
Destino						
Alta	84 (42%)	11 (6%)	93 (46%)	74 (32%)	262(33%)	< 0,001
Interconsulta	4 (2%)	2 (1%)	22 (11%)	3 (1%)	31 (4%)	
Visita sucesiva	111 (56%)	166 (93%)	86 (43%)	139 (65%)	502 (63%)	

CAR: cardiología; GAS: gastroenterología; MI: medicina interna; NEU: neumología; PD + RD: prueba y revisión en el día.

Tabla 2

Tabla 2 Distribución de los pacientes en función de que se beneficiaran o no de una prueba diagnóstica en el día

		Consulta única, n (%)**	
		Sí	No
PD + RD	Sí	387 (49)	93 (12)
	No	172 (22)	140 (18)

PD + RD: prueba diagnóstica y revisión en el día.
** Significación $p < 0,01$. Test exacto de Fisher.

Tabla 3

Tabla 3 Diagnósticos más frecuentes en las 4 especialidades analizadas tras la primera visita*

Diagnóstico tras PV	N.° (%)	CU (%)	PD + RD (%)	PD	Alta n (%)
			Cardiología		
Sin patología	45 (23)	45 (100)	30 (67)	EKG, Ecocardiograma	36 (80)
Cardiopatía isquémica	44 (22)	44 (100)	7 (16)	EKG, Ecocardiograma	2 (4)
Fibrilación auricular	27 (14)	27 (100)	14 (52)	EKG, Ecocardiograma	1 (4)
Otras arritmias	25 (13)	25 (100)	11 (44)	EKG, Ecocardiograma	11 (44)
Insuficiencia cardíaca	19 (10)	19 (100)	18 (80)	EKG, Ecocardiograma	2 (11)
Miocardiopatía HTA	15 (8)	15 (100)	15 (100)	EKG, Ecocardiograma	10 (67)
			Gastroenterología		
Dispepsia	32 (18)	32 (100)	28 (87)	Eco abdominal	0 (0)
AF cáncer de colon	29 (16)	0 (0)	0 (0)	-	0 (0)
ERGE	25 (14)	25 (100)	7 (28)	Eco abdominal	6 (24)
Dolor abdominal	10 (6)	0 (0)	9 (90)	Eco abdominal	1 (10)
Hipertransaminasemia	9 (5)	0 (0)	9 (100)	Eco abdominal	0 (0)
			Medicina interna		
Cefalea	23 (11)	23 (100)	12 (52)	TAC craneal	20 (87)
Hipotiroidismo	15 (7)	15 (100)	4 (27)	TSH	3 (20)
Sin enfermedad	13 (6)	13 (100)	3 (23)	TAC craneal, ecografía, EKG	12 (92)
Demencia	9 (4)	9 (100)	5 (56)	TAC craneal	2 (22)
Síncope	9 (4)	8 (89)	5 (56)	EKG, TAC craneal	6 (67)
Accidente isquémico transitorio	9 (4)	9 (100)	2 (22)	Eco doppler	2 (22)
			Neumología		
Asma	38 (18)	38 (100)	38 (100)	Espirometría, Rx tórax	9 (24)
SAHOS	38 (18)	6 (16)	8 (21)	Espirometría, Rx tórax	0 (0)
EPOC	28 (13)	28 (100)	24 (86)	Espirometría, Rx tórax	10 (36)
No patología	24 (11)	24 (100)	16 (67)	Oximetría, Rx tórax	22 (92)
Tos crónica	19 (9)	15 (79)	18 (95)	Espirometría, Rx tórax	9 (47)

AIT: accidente isquémico transitorio; CU: consulta única; EKG: electrocardiograma; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HTA: hipertensión arterial; PD + RD: prueba diagnóstica y revisión en el día; PV: primera visita; Rx: radiografía de tórax; TAC: tomografía computarizada; SAHOS: síndrome de apnea-hipoapnea obstructiva del sueño; TSH: tirotropina.

* Detallando en cada uno de ellos porcentaje que termina en consultas únicas, pruebas diagnósticas necesarias en el día y destino al alta en porcentaje.

Figura 1

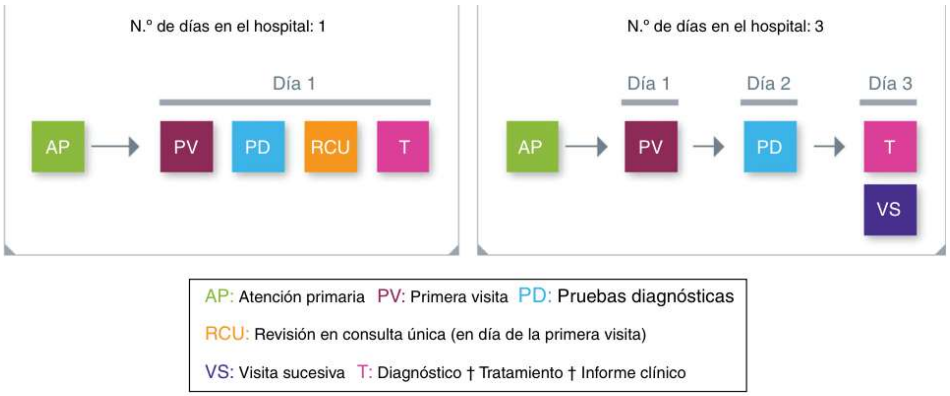


Figura 1 Esquema de funcionamiento de un sistema de consultas únicas o de alta resolución frente a la consulta tradicional.