

Consulta de alta resolución en cirugía mayor ambulatoria

C. Martínez-Ramos, R. Sanz, P. Cabezón, M. T. Cerdán

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Clínico San Carlos. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid

RESUMEN

Objetivo: Analizar los resultados de una Consulta de Alta Resolución (CAR) implantada en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, para acortar el circuito de derivación desde Atención Primaria (AP) y disminuir así la demora, facilitando el acceso al tratamiento quirúrgico de pacientes susceptibles de ser operados sin hospitalización.

Material y métodos: Entre febrero de 2002 y julio de 2006 se han remitido 293 pacientes, directamente desde los centros de salud del Área 7 y con el preoperatorio realizado, a la CAR de la UCMA, según protocolo de selección, inclusión y derivación previamente establecido y consensuado entre responsables de AP y de la UCMA. En la CAR el paciente realiza, en la misma mañana, la consulta quirúrgica, la consulta preanestésica y la consulta informativa sobre CMA, acudiendo al hospital sólo una vez más para la intervención quirúrgica. Se cuantifican los procesos, la concordancia diagnóstica entre AP y la CAR de la UCMA, la duración del circuito, el número de desplazamientos y el índice de sustitución de los procesos.

Resultados: El 72,9% de los pacientes de este programa presentaba patología de pared abdominal. La concordancia diagnóstica ha sido del 97%. La duración del circuito desde la derivación hasta la intervención se ha reducido en un 60% y los desplazamientos en un 66,6%. El índice de sustitución global ha sido del 12,6%.

Conclusiones: Destacamos las posibilidades del programa en cuanto a factibilidad en su realización, aceptabilidad y rentabilidad, mejorando la calidad en la atención al paciente al acortarse el circuito asistencial y también al mejorar la relación entre niveles asistenciales: AP y Atención Especializada.

Palabras clave: Consulta de alta resolución. Cirugía mayor ambulatoria. Niveles asistenciales. Atención Primaria. Atención Especializada.

ABSTRACT

Objective: Analysis of the results of High Resolution Consultation (HRC) implanted in the Major Ambulatory Surgery Unit (MASU) of the Hospital Clínico San Carlos of Madrid, designed to shorten the circuit of derivation from Primary Care (PC) and to diminish therefore the referral delay, facilitating the access to the surgical treatment of patients susceptible to be operated without hospitalization.

Material and methods: Between February of 2002 and July of 2006, 293 patients have been sent, directly from the Primary Health Centres with the pre-operative study completed, to the HRC of the MASU, according to a previously established and consensued protocol of selection, inclusion and derivation. In the HRC the patient have, in the same morning, the surgical consultation, the preanesthetic one and informative on CMA, going to the hospital only once again the day of surgery. The processes, the diagnosis agreement between PC and the HRC of the MASU, the circuit duration, the number of displacements and the replacement rate of the processes are quantified.

Results: 72.9% of patients in this program had abdominal wall pathology. The diagnosis agreement has been of 97%. The circuit duration from referral to surgery has been reduced in a 60% and the displacements in a 66,6%. The global replacement rate has been 12,6%.

Conclusions: According the results we emphasize the program possibilities to be feasible, acceptable and profitable to carry out. Improve the quality in the attention to the patient when diminishing the assistance circuit and also improve the communication between Primary and Specialist Care.

Key words: High resolution consultation. Major ambulatory surgery. Assistance levels. Primary Care. Specialist Care.

INTRODUCCIÓN

El sistema sanitario ha incorporado en las últimas décadas innovaciones asistenciales para solucionar problemas concretos aparecidos a lo largo de este tiempo. Entre ellos tenemos, en primer lugar, el aumento de la población asegurada la cual además es cada vez más exigente y demandante; en segundo lugar, el incremento del gasto sanitario derivado de este aumento, tanto en general como de la población de edad avanzada en particular; y en tercer lugar, la lentitud y la demora en el acceso a la asistencia sanitaria.

Para resolver estos problemas se están implantando, *programas de ambulatorización* que ofrecen alternativas a la hospitalización convencional, tanto en los aspectos médicos (*hospitalización domiciliaria*) como en los quirúrgicos (*cirugía mayor ambulatoria*), los cuales se están extendiendo de forma imparable (1,2). Por otro lado, se están desarrollando las llamadas *consultas de alta resolución* que, junto con los programas de ambulatorización, constituyen actualmente los nuevos paradigmas de la asistencia sanitaria.

En sentido amplio la *consulta de alta resolución* (CAR), también llamada *consulta única*, es aquella en la que se realizan, dentro una sola jornada, todas las actuaciones necesarias –estudio, diagnóstico y tratamiento (o propuesta de tratamiento, en cirugía)– para resolver el problema sanitario de un paciente (3,4).

Muchos de los procesos que se intervienen en las unidades de cirugía mayor ambulatoria (CMA) serían tributarios, por sus características, de ser incorporados a una *consulta de alta resolución* establecida en las consultas externas de estas unidades, a las que los pacientes acudirían remitidos directamente por sus médicos de Atención Primaria (AP). De esta manera, por un lado se proporcionaría tratamiento quirúrgico en el menor tiempo posible y además evitando desplazamientos innecesarios, todo lo cual incrementaría la calidad asistencial y se facilitaría una rápida reincorporación a la actividad habitual. Por otro lado, se mejoraría la relación y comunicación entre los niveles asistenciales del sistema sanitario: Atención Primaria y Atención Especializada (AE).

El objetivo de este trabajo es el de analizar los resultados de una CAR establecida en la Unidad de CMA del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, para atender las demandas de sus pacientes en relación con un acceso más fácil y más rápido al sistema sanitario que les permita la solución de sus patologías en el menor tiempo posible. Estas demandas habían sido manifestadas en las encuestas de satisfacción que, dentro del programa de calidad de esta unidad, se proporcionan a todos los pacientes que son intervenidos en ella.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal realizado con pacientes del Área Sanitaria 7 de Madrid. El estudio detalla el funcionamiento de la CAR, desde su comien-

zo en febrero 2002 hasta julio de 2006. Se ha realizado en la Unidad de CMA del Hospital Clínico San Carlos con la participación de los centros de salud del Área 7.

—*Selección de especialidades y procesos.* Inicialmente se han incluido pacientes de cirugía general, con procesos susceptibles de ser intervenidos mediante cirugía mayor ambulatoria y cuyo diagnóstico está basado fundamentalmente en la anamnesis y en la exploración física y que, además, son fácilmente diagnosticables por los médicos de Atención Primaria para conseguir el mayor grado de concordancia diagnóstica y de indicación quirúrgica (Tabla I).

TABLA I

PATOLOGÍAS QUE PUEDEN DERIVARSE A LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE LA UCMA DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

Patologías incluidas en el protocolo de Atención Primaria para la consulta de alta resolución de la unidad de CMA

Hernia o tumoración de la región inguino-crural
Hernia o tumoración de la región umbilical
Hernia o tumoración de la región epigástrica
Eventración postoperatoria o tumoración en cicatriz de laparotomía
Sinus pilonidal
Hidrosadenitis
Tumores grandes de partes blandas
Fisura de ano
Fístula de ano
Hemorroides grados III y IV (previa realización de colonoscopia en pacientes mayores de 40 años)

—*Puesta en marcha de la CAR.* Previo a su comienzo, se mantuvieron reuniones preliminares entre responsables de la unidad de CMA y el equipo directivo del Área 7 de AP, para consensuar el funcionamiento, los protocolos con los criterios de inclusión y no inclusión de los pacientes (Tabla II), así como las pautas de derivación a esta CAR. Tuvieron lugar tres reuniones con la dirección médica y la gerencia de AP, una con el consejo de gestión y tres reuniones informativas con los médicos de AP.

—*Selección de pacientes.* Se realiza directamente por los médicos de AP. Para completar el protocolo de derivación se solicita la realización, desde el propio centro de salud, de un estudio preoperatorio que incluye analítica de sangre, radiografía de tórax y ECG, con el que el paciente acude a la UCMA el día de la consulta.

—*Mecanismo de la consulta.* Una vez seleccionado, el paciente es citado directamente desde su centro de salud en la agenda de la CAR, en donde es valorado por un cirujano de la unidad de CMA, que comprueba el diagnóstico y la indicación quirúrgica. Posteriormente, y durante esa misma mañana, se realiza la consulta preanestésica y se le adjudica la fecha de la intervención. Finalmente se realiza la consulta informativa sobre la CMA donde se le proporciona, tanto de forma oral como por escrito, toda la

TABLA II

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE NO INCLUSIÓN PARA DERIVACIÓN DE PACIENTES A LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE LA UCMA DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

Criterios de inclusión	Criterios de no inclusión
- Pacientes mayores de 14 años	- Coronariopatías con clínica en los últimos 6 meses
- Riesgo anestésico ASA I (pacientes sanos) o ASA II (enfermedad sistémica leve/moderada controlada)	- Pacientes en tratamiento con anticoagulante oral (a juicio del médico de AP)
- Riesgo anestésico ASA III con enfermedad de base estable desde hace 6 meses	- Obesidad mórbida
	- Drogodependencia y etilismo
	- Patología psiquiátrica (a juicio del médico de AP)

información relativa al tipo de cirugía sin ingreso a la que va a someterse. Al finalizar la CAR el cirujano remite por correo interno un informe del paciente a su médico de AP. Mediante este sistema de CAR el paciente sólo acude al hospital el día de la consulta y posteriormente el día de la intervención.

— *Variables del estudio: número de pacientes, edad, sexo y procedencia.* Grado de participación de los médicos de AP. Cuantificación de los procesos remitidos y concordancia diagnóstica entre el médico de AP y el cirujano de la unidad de CMA. Cumplimiento de criterios de inclusión y no inclusión, realización de pruebas preoperatorias, duración del circuito y número de desplazamientos realizados por paciente. Índice de sustitución por patologías: (pacientes atendidos en la CAR para una patología/total de pacientes de CMA para esa patología) x 100.

RESULTADOS

Durante los 53 meses del estudio se han remitido 293 pacientes desde 15 de los 17 centros de salud del área. De estos, el 94,9% ha sido visto en la CAR, mientras que un 5,1% no acudió a la cita. Han participado 76 médicos de AP (32% del total del área).

La edad de los pacientes ha sido de 51,2 ± 19,3 años con un 78,9% de varones. Los procesos remitidos se desglosan en la tabla III. La concordancia diagnóstica entre AP y AE ha sido del 97%, si bien un 10,9% de los pacientes no cumplían alguno de los criterios de inclusión y tuvieron que ser operados con ingreso de corta estancia. Un 9,1% no aportaba el preoperatorio acordado.

TABLA III

PROCESOS QUIRÚRGICOS DE LOS PACIENTES VISTOS EN LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE LA UCMA DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

Patología	nº pacientes	%
Hernia inguino-crural	155	58,5
Hernia umbilical	27	10,2
Hernia epigástrica	5	1,9
Eventración postoperatoria	6	2,3
Sinus pilonidal	44	16,6
Hidrosadenitis	7	2,6
Tumores grandes de partes blandas	5	1,9
Fisura y fístula de ano	4	1,5
Hemorroides	7	2,6
Otros	12	4,5

En cuanto a la duración del circuito los pacientes han tardado una media de 1,9 ± 1,2 meses en ser intervenidos desde su derivación por el médico de AP, frente a los 4,8 meses de espera media según el circuito habitual (60% de reducción) (Fig. 1). No se excluyen de los cálculos los periodos vacacionales de agosto, Navidad y Semana Santa, en los que la unidad permanece cerrada, ni las circunstancias personales de cada paciente que hayan introducido demoras en la intervención (patología asociada, problemas familiares, etc.). El número de desplazamientos al hospital, incluido el realizado para la intervención, ha sido de 2 excepto en el 9,1% de pacientes que no traían preoperatorio, en los que ha sido de 4. Esto supone una reducción del 66,6 y 33,3% respectivamente sobre los 6 desplazamientos del circuito habitual (Fig. 1).

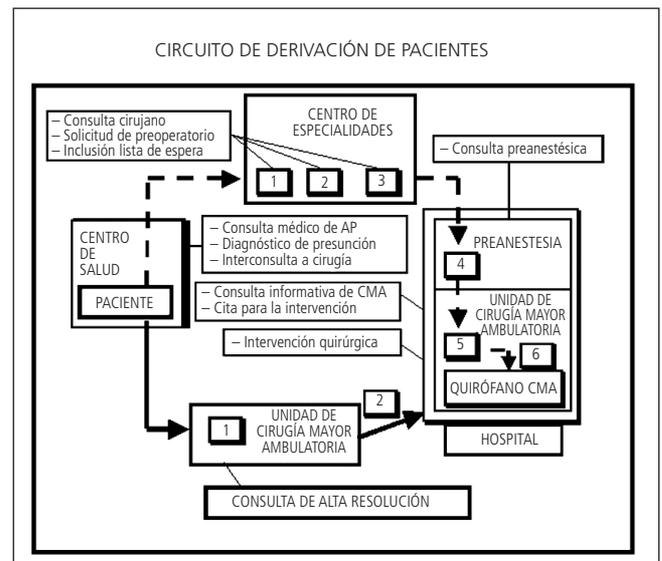


Fig. 1. La flecha discontinua señala el circuito habitual con 6 desplazamientos de media desde la derivación hasta la intervención quirúrgica. La flecha continua muestra los 2 desplazamientos que supone la remisión de pacientes a través de la Consulta de Alta Resolución de la UCMA del Hospital Clínico San Carlos.

El índice de sustitución global ha sido del 12,6%. Los índices por patologías se resumen en la tabla IV.

TABLA IV

ÍNDICE DE SUSTITUCIÓN DE PROCESOS PROCEDENTES DE LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE LA UCMA DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

Diagnósticos incluidos en la CAR	Índice de sustitución de la CAR
Hernia inguino-crural	21%
Hernia umbilical	13%
Sinus pilonidal	8%
Proctología	3%
Otros	7,3%

DISCUSIÓN

En sentido estricto, la CAR está diseñada para resolver en el mismo día de consulta el problema de salud de un paciente. Se pretende establecer lo antes posible un diagnóstico y un tratamiento y además disminuir en lo posible el número de desplazamientos que tenga que realizar el paciente. Se trata pues de potenciar las *primeras consultas* y de que estas sean además resolutivas y que se disminuyan, en lo posible, las *consultas sucesivas*.

El modelo de CAR se adapta a multitud de procesos que, por su prevalencia, justifican la implantación de estrategias que disminuyan las demoras y faciliten a la población el acceso a la atención especializada. Por ello está siendo adoptada por hospitales y centros de especialidades en diferentes regiones (5-10).

Sin embargo, no todas las especialidades se pueden beneficiar en la misma medida de este sistema de *consulta única*. En este sentido, y de forma esquemática, se pueden diferenciar dos grupos de especialidades: por un lado, aquellas en las que, por sus características, se puede llegar fácilmente a un diagnóstico y tratamiento en el mismo día (dermatología y oftalmología, por ejemplo); y por otro lado, aquellas en las que el paciente puede precisar algún tipo de preparación para la realización de pruebas complementarias (endoscopia digestiva por ejemplo) o bien porque el tratamiento de elección sea el quirúrgico.

El modelo de consulta descrito en este trabajo corresponde al segundo grupo y no sería estrictamente una CAR, ya que las pruebas complementarias del preoperatorio no se realizan en el mismo día, sino que se solicitan por el médico de AP y el paciente las aporta el día de la consulta. Así mismo, por tratarse de patologías quirúrgicas el tratamiento se pospone hasta la fecha de intervención. La denominación apropiada para este modelo sería la de *consulta directa* (11).

La CAR o *consulta directa* en CMA aporta mejoras tanto en la atención del paciente como en la relación AP-

AE. En el primer caso, la mejora más destacada es el acortamiento del circuito asistencial, considerado desde el momento en que al paciente le es diagnosticada la patología, hasta que es intervenido quirúrgicamente. En este sentido, al existir un menor número de escalones en este circuito, se pasa de unos 5 meses de demora, en un circuito convencional, a algo menos de 2 meses (reducción del 60%) y además los desplazamientos se reducen únicamente a dos: uno el día de la CAR y otro el día de la intervención quirúrgica (reducción del 66,6%).

En una gran ciudad como Madrid, donde los desplazamientos son largos y muy frecuentemente los pacientes han de tomar más de un medio de transporte para llegar hasta el especialista, el poder evitarlos repercute de manera muy directa en la satisfacción de los mismos. Si a esto añadimos las complicaciones sociolaborales que surgen cada vez que se realiza una visita al médico, es importante que estas sean las menos posibles.

La *consulta única*, de *alta resolución* o *directa*, introduce mejoras en la calidad asistencial que perciben los pacientes, ya que se agiliza notablemente la accesibilidad al sistema sanitario. Se acortan drásticamente tanto el número de desplazamientos (evitando las consultas sucesivas para realizar pruebas diagnósticas) como los tiempos de espera y, por tanto, desaparece la ansiedad que le produce al paciente la incertidumbre originada tanto por la demora del proceso diagnóstico como por la del inicio de su tratamiento (12).

Respecto a la mejora de la relación entre AP y AE, esta se fomenta de dos maneras muy definidas. En primer lugar, se implica al médico de AP en el diagnóstico del paciente para procurar una derivación adecuada. Por eso la información que este hace llegar al especialista es más completa que en las derivaciones habituales (13,14). En segundo lugar, al acortar el circuito de diagnóstico y de tratamiento, la información generada se plasma fácilmente en un informe que retornará en breve al propio médico de AP, eslabón final del circuito (15). A todo esto habría que añadir que la propia satisfacción del paciente, por haber sido atendido de manera ágil y por encontrar su problema resuelto, mejora la relación con el médico que, en primera instancia, fue el que le procuró este servicio (su médico de AP). La consecuencia final es un aumento de confianza y un mejor clima humano en la consulta del médico de familia.

En nuestro caso, la CAR ha abierto una vía de comunicación entre AP y AE que comenzó por las reuniones preliminares para consensuar su puesta en marcha. A partir de aquí, y en parte gracias al conocimiento personal de los médicos que trabajan a uno y otro lado, la relación no se ha basado únicamente en el envío bidireccional de información de pacientes mediante correo interno, sino que también se ha informado periódicamente del funcionamiento de la CAR y se han mantenido reuniones para el seguimiento y la mejora del programa. Además, cualquier duda puntual que pueda surgir se soluciona al instante mediante contacto telefónico.

Por otra parte, se ha producido un acercamiento con Atención Primaria, ya que a su nivel se origina una mejora de la relación médico-paciente y esta es una situación óptima para reforzar la coordinación y los lazos de interacción entre ambos niveles asistenciales. Esto se produce porque el médico de AP siente que puede diagnosticar a sus pacientes sin tiempos de espera que generen incertidumbre, y los pacientes detectan que su médico está satisfaciendo y cumpliendo las expectativas que había depositado en esta forma de asistencia sanitaria. Además, se reducen los costes asociados que se producen en las visitas sucesivas y que se evitan con este tipo de consultas.

Una característica específica de esta *consulta única o directa* en CMA, es la implicación personal de los profesionales de AP en el diagnóstico y en la derivación adecuada del paciente. En este sentido, hay que destacar que la mayoría de ellos no tuvo dificultades para identificar los pacientes según el protocolo de derivación previamente consensuado. Además por su relación cercana con el enfermo en su contexto, son ellos los que mejor conocen sus características y necesidades.

Un aspecto destacable de los resultados de esta *consulta directa* ha sido la elevada concordancia diagnóstica entre los profesionales de AP y los de la unidad de CMA, fruto de la implicación de los dos niveles asistenciales en el programa desde su comienzo. Esta faceta es fundamental para conseguir los fines que persigue este tipo de consulta (11,16,17). En este sentido, es de destacar el esfuerzo de los médicos de AP por estudiar y diagnosticar a cada paciente e implicarse en la realización del preoperatorio, presionados como están por la creciente demanda asistencial. La existencia de un protocolo conciso de derivación por patologías y características de los pacientes y la resolución de dudas personalmente con los médicos de AP han facilitado esta tarea y los buenos resultados obtenidos.

Finalmente, hay que destacar que una faceta a mejorar sería el índice de sustitución, es decir, el número de pacientes que se incluyen en este circuito asistencial, ya que el objetivo ideal sería que todos los pacientes susceptibles de ser intervenidos a través de una *consulta directa* puedan acceder a la unidad de CMA por esta vía.

Como conclusión, y en base a los resultados obtenidos, hay que destacar las posibilidades de esta *consulta directa* en cuanto a factibilidad en su realización, aceptabilidad y rentabilidad, ya que mejora de forma manifiesta tanto la calidad en la atención al paciente como la rela-

ción entre Atención Primaria y Atención Especializada. Este sistema puede aplicarse a gran número de pacientes debido a la prevalencia de las patologías que incluye y es exportable a otras especialidades médicas y quirúrgicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mitre RM, Morales M, Llopis A, et al. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud* 2001; 10: 45-55.
2. López I, Baydal R. Hospitalización a domicilio. Una alternativa a la hospitalización convencional. *Líneas de futuro. Rev Neurol Esp* 1999; 29: 673-7.
3. Zambrano JL, Jiménez-Ojeda B, Marín M, Almazán S. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 302-5.
4. Juan Ruiz FJ. Alta resolución, la rapidez de respuesta y eSalud como palanca de cambio: nuevos paradigmas de atención a la Salud. *Esalud* 2005; 1 (3). Disponible en: <http://www.revistaesalud.com/>
5. El Hospital Reina Sofía se orienta hacia la consulta única. *Diario Médico*. Disponible en: www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,166380,00.html
6. La nueva unidad de Neumología Pediátrica de Virgen del Camino. Consultas de alta resolución. Disponible en: www.cjnavarra.es/salud/publicaciones/ESPEJO/N0420019.HTM
7. Puente Gutiérrez JJ, Rodríguez González FJ, Bernal Blanco E, Zambrana García JL. La consulta de alta resolución en aparato digestivo. *Rev Andaluza Pat Digest* 2003; 26: 116-8.
8. Las consultas de alta resolución representan casi la cuarta parte de todas las nuevas que se atendieron en 2003. Disponible en: www.jccm.es/prensa/nota/.phtml?cod=7051
9. Diecisiete nuevos hospitales de alta resolución mejorarán la asistencia de un 13% de la población andaluza. Disponible en: www.andalucia24horas.com/textoLoc.asp?id=173123&prov=3&loc=35
10. La alta resolución precisa un cambio organizativo. Disponible en: www.diariomedico.com/sanidad/san190299comtris.html
11. Arroyo A, Andreu J, García P, et al. Análisis de un programa de derivación directa entre atención primaria y especializada en pacientes potencialmente quirúrgicos. *Aten Primaria* 2001; 28 (6): 381-5.
12. Cerdán MT, Sanz R, Martínez-Ramos C. Análisis de la satisfacción en un programa de colaboración entre niveles asistenciales. *Médicos de Familia* 2004; 6: 45-8.
13. García L, Gervás J, Otero A, Pérez M. El sistema de derivación. Estudio de las relaciones entre médicos generales y especialistas. *Rev Sanid Hig Pública* 1994; 68 (2): 267-78.
14. Rubio V, Rodríguez ML, Sampedro E, et al. Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento de interconsulta. *Aten Primaria* 2000; 26 (10): 681-4.
15. Irazábal L, Gutiérrez B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Aten Primaria* 1996; 17 (6): 376-81.
16. Alonso JP. Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. *Gaceta Sanitaria* 2000; 14 (2): 122-30.
17. Rodríguez G, Villar I. Concordancia diagnóstica entre atención primaria y atención especializada tras consulta urgente. *Aten Primaria* 2000; 25 (5): 22-30.