

La Consulta de Alta Resolución en Cirugía Mayor Ambulatoria

Carlos Martínez-Ramos

Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Complutense.
Hospital Clínico San Carlos. C/ Prof. Martín Lagos, s/n. 28040-Madrid.
cmartinez.hcsc@salud.madrid.org

Resumen: En este trabajo se analizan el origen y la finalidad de las Consultas de Alta Resolución en nuestro Sistema Sanitario. Se define el concepto así como los diferentes tipos de Consultas de Alta Resolución según la especialidad donde se aplique. Se analiza la aplicación de las Consultas de Alta Resolución a la Cirugía Mayor Ambulatoria y las ventajas que se derivan de la misma. Por un lado, tanto el acortamiento del circuito asistencial de los pacientes que utilizan esta forma de asistencia sanitaria quirúrgica, como la disminución del número de desplazamientos en el mismo. Y por otro, la mejora que se produce en la relación y la coordinación entre los niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada.

Palabras claves: Consulta de Alta Resolución. Consulta Única. Cirugía Mayor Ambulatoria. Coordinación niveles asistenciales.

INTRODUCCIÓN

La organización de los servicios de salud ha experimentado a lo largo de las últimas décadas un proceso acelerado de cambio. Este proceso está caracterizado por la introducción de una serie de innovaciones asistenciales que se han desarrollado para dar respuesta y ofrecer solución a determinados problemas que han ido apareciendo a lo largo de este tiempo.

Entre estos problemas hemos de destacar, en primer lugar, el que se refiere a la población asegurada, la cual no solo se ha incrementado sino que cada vez se vuelve más exigente respecto a las prestaciones sanitarias gratuitas ofertadas por la administración. Los ciudadanos están cada vez mejor informados sobre los derechos que les asiste en materia sanitaria aumentando la demanda asistencial, lo cual da lugar una tipo de asistencia que origina un elevado grado de insatisfacción no solo entre el personal sanitario sino también entre los usuarios.

El segundo aspecto problemático es el creciente gasto sanitario originado, fundamentalmente, por el crecimiento de la población asegurada, en general, y de la población de edad avanzada, en particular. Este progresivo envejecimiento de la población influye de tal manera en el gasto sanitario que se calcula que durante un año

cualquiera las personas de más de 65 años producen un gasto “per capita” que es entre 3 y 5 veces superior al del resto de la población. Una de las causas de esta situación se debe a que el actual aumento de la longevidad provoca un incremento de las enfermedades crónicas y sus complicaciones, lo que a su vez origina un incremento en el número de las hospitalizaciones.

En este sentido, hay que destacar que el gasto de los servicios hospitalarios supone más del 60 % del gasto sanitario total de España. La hospitalización no solo constituye un importante consumo de recursos, que puede disminuir si se evitan los casos de hospitalizaciones innecesarias, sino que, en algunos casos, puede constituir además un riesgo para los pacientes.

En este contexto se plantea la necesidad de transformar y reorganizar los servicios de salud para garantizar a toda la población el acceso a los mismos, de forma rápida y eficaz. Esto ha motivado que se hayan desarrollado diferentes alternativas e innovaciones asistenciales encaminadas tanto a resolver los problemas de demanda asistencial como a controlar el excesivo gasto sanitario.

En este sentido se están desarrollando e implantando programas que favorecen el [proceso de ambulatorización](#), en los que se tiende a alejar a los pacientes el menor tiempo posible de su entorno familiar y social siempre que la situación lo permita. En este sentido, el concepto de hospital está cambiando de manera profunda.

Tanto es así, que en los hospitales se está experimentando una profunda transformación motivada por la aparición de programas que ofrecen alternativas a la hospitalización convencional tanto en los aspectos médicos ([Hospitalización Domiciliaria](#)) como quirúrgicos ([Cirugía Mayor Ambulatoria](#)) los cuales se están extendiendo de forma imparable.

Al margen de estas mejoras e innovaciones asistenciales hospitalarias, el acceso a la asistencia sanitaria de los servicios públicos, todavía está considerado como "lento e ineficaz", lo que tiende a crear una imagen burocrática desfavorable que da lugar a una situación de insatisfacción tanto entre los pacientes como entre los profesionales sanitarios ya que no proporcionan una atención rápida y sin esperas prolongadas. La demora para que un ciudadano sea atendido por el sistema sanitario público constituye actualmente un problema importante para el que es necesario buscar y establecer soluciones viables y eficientes.

La mayoría de los responsables sanitarios consideran que estas soluciones pasan por el establecimiento de cambios en la organización sanitaria, estableciendo nuevos modelos con mayor flexibilidad, que consigan una reducción importante en los tiempos de espera para mejorar la accesibilidad de los usuarios al sistema sanitario, aumentando así la calidad asistencial.

En este sentido se están desarrollando las llamadas [Consultas de Alta Resolución](#) que junto con la [Hospitalización Domiciliaria](#) y la [Cirugía Mayor Ambulatoria](#) constituyen

actualmente los nuevos paradigmas de la asistencia sanitaria. Gracias a ellos, en los últimos años se ha pasado de la primacía de la hospitalización convencional al afianzamiento de la atención ambulatoria, tanto para los pacientes quirúrgicos como para aquellos necesitados de cuidados crónicos y de estudios diagnósticos.

CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN O CONSULTA UNICA

Cuando un ciudadano requiere los servicios del sistema de salud acude a las consultas de Atención Primaria en su Centro de Salud. En estas consultas el Médico de Familia, si considera que necesita la consulta de un especialista, envía el paciente a un Centro de Especialidades (antiguos Ambulatorios) en donde realiza, tras el correspondiente tiempo de espera, la llamada [Primera Consulta](#) o Primera Visita.

Si lo considera necesario el Médico Especialista solicita pruebas diagnósticas (laboratorio, de imagen, etc.) que, una vez realizadas, son valoradas en una Segunda Consulta por dicho especialista. Si se llega a un diagnóstico y tratamiento el paciente puede ser dado de alta y remitido a su médico de Atención Primaria o bien ser citado para posteriores valoraciones en las llamadas Visitas o [Consultas Sucesivas](#).

Si el Médico Especialista considera necesario, tras la Primera Visita, el envío del paciente a las Consultas Especializadas del Hospital de referencia, éste será visto tras el correspondiente tiempo de espera, en [Consulta Sucesiva Hospitalaria](#) en donde, a su vez, si se llega a un diagnóstico y tratamiento el paciente puede ser dado de alta y remitido a su médico de Atención Primaria o bien puede ser citado para posteriores valoraciones en las llamadas Visitas o [Consultas Sucesivas](#) en el hospital.

Si el paciente requiriese tratamiento quirúrgico se le cita a una nueva consulta para efectuar la correspondiente valoración en la [Consulta Preanestésica](#), una vez realizada la cual ingresa en la Lista de Espera Quirúrgica a la espera de que se realice el tratamiento quirúrgico.

Actualmente se está asistiendo a una profunda revisión de la actividad de las consultas de los centros hospitalarios. Hace tan solo unas décadas el objetivo preferente de las consultas externas de los hospitales era el de efectuar las revisiones clínicas de los pacientes que habían sido tratados médica o quirúrgicamente en los mismos.

Este concepto está siendo cambiado paulatinamente, encaminándose hacia un modelo en el que las consultas de especialidades sean el eje alrededor del cual gire la actividad de una especialidad, es decir que no realicen única o fundamentalmente revisiones de pacientes ya tratados en los hospitales, sino que se constituyan en el lugar idóneo para que se elabore el diagnóstico y se oriente y se establezca el tratamiento de un enfermo enviado desde la Atención Primaria.

El trabajo fundamental en un gran número de especialidades, sobre todo las médicas, pasaría así a desarrollarse fundamentalmente en las consultas externas

(Hospitalaria y de Atención Primaria). De esta manera la hospitalización de un paciente pasaría a ser un instrumento de apoyo (de tratamiento o de diagnóstico) dentro del proceso de relación entre un médico especialista hospitalario y su paciente, utilizando este recurso solamente cuando fuera preciso y durante el menor tiempo posible.

En este sentido el desarrollo de exploraciones diagnósticas incruentas (tomografía axial computerizada, resonancia magnética nuclear, endoscopias, ecografías, etc.) o poco agresivas (angiografía digital, biopsia por punción con aguja fina) permite el estudio diagnóstico ambulatorio de la mayor parte de los procesos médicos y quirúrgicos, sin la necesidad de ingresar al paciente en un hospital como ocurría hace relativamente poco tiempo.

Actualmente además de pretender que la mayoría de los pacientes sean diagnosticados y tratados en las consultas externas, sin necesidad de ingreso para su estudio, se está tratando de conseguir y potenciar el hecho de resolver el problema de salud de un paciente [en el mismo día de la consulta](#). Es decir estudiarlo, realizar las pruebas complementarias pertinentes, alcanzar el diagnóstico y establecer el correspondiente tratamiento, en el mismo día de la consulta. Esta situación es la que se conoce como [Consulta de Alta Resolución](#) o [Consulta Única](#).

La [Consulta Única](#) o [Consulta de Alta Resolución](#) se define como “[el proceso asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico junto con su correspondiente tratamiento, quedando reflejados ambos en un informe clínico, siendo realizadas estas actividades en una sola jornada](#)”.

En sentido estricto, la [Consulta Única](#) busca resolver el problema de salud de un paciente el mismo día de consulta, realizando las pruebas complementarias pertinentes para tal fin (cuando éstas fueran precisas, pues en muchas ocasiones la anamnesis y exploración física son suficientes herramientas diagnósticas) y que permitan un adecuado abordaje diagnóstico-terapéutico, objetivos finales del proceso de consulta externa en nuestro actual sistema sanitario.

Se pretende pues, por un lado, establecer lo antes posible un diagnóstico y un tratamiento del proceso del paciente y, por otro, evitar en lo posible el mayor número de desplazamientos al centro sanitario. Se trata pues de potenciar las [Primeras Consultas](#) (y que éstas sean resolutivas) y además disminuir, en lo posible, las [Consultas Sucesivas](#).

La [Consulta de Alta Resolución](#) de un centro hospitalario debe organizarse de tal manera que los pacientes que acudan como [Primera Consulta](#) sean citados en las primeras horas de la mañana. Una vez que el paciente es evaluado por el médico a través de una correcta anamnesis y exploración física, se solicitan las pruebas complementarias que se consideren oportunas.

Las pruebas complementarias se realizan el mismo día (salvo que la exploración solicitada precise de una preparación especial), y entre ellas se incluyen estudios analíticos (hemograma, bioquímica convencional, análisis de orina) y de imagen (estudios

radiológicos, ecográficos y de tomografía computarizada), así como algunas otras pruebas (electrocardiograma, espirometría, etc.).

Para el correcto funcionamiento de la [Consulta de Alta Resolución](#), el centro hospitalario debe establecer la organización adecuada para poder atender las peticiones de pruebas complementarias realizadas desde dichas Consultas, como una solicitud de carácter preferente que se atiende de forma temprana. Hay que tener presente que también existe la posibilidad (en casos de protocolización previa) de que el paciente traiga las pruebas complementarias ya realizadas desde Atención Primaria.

Una vez realizadas las pruebas complementarias, el paciente regresa a la consulta inicial del facultativo que las solicitó, donde se efectúa un diagnóstico (al menos de presunción) y se establecen las indicaciones terapéuticas correspondientes. Finalmente, el paciente puede ser dado de alta y remitido a su médico de Atención Primaria.

No todas las especialidades hospitalarias se pueden beneficiar en la misma medida de este sistema de [Consulta de Alta Resolución](#). En este sentido, y de forma esquemática, se pueden diferenciar tres grupos de especialidades:

- Especialidades en las que, por sus características, se puede llegar, en una gran mayoría de los casos, a un diagnóstico y tratamiento en el mismo día: por ejemplo, dermatología y oftalmología.
- Especialidades que difícilmente pueden beneficiarse de este sistema, bien porque el paciente puede precisar preparación para la realización de las pruebas complementarias necesarias (por ejemplo, endoscopia digestiva) o bien porque en los procesos de las mismas se tiene que recurrir al tratamiento quirúrgico.
- Especialidades en las que es posible implantar el sistema de consulta única, pero que para ello se necesita llevar a cabo cambios organizativos y de gestión no complicados; por ejemplo, neumología, traumatología, pediatría, urología, cirugía maxilofacial, etc.

La [Consulta de Alta Resolución](#) introduce mejoras en la calidad asistencial, sobre todo en la calidad percibida por los pacientes ya que se mejora 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 la ansiedad que le produce al paciente la incertidumbre originada por la demora del proceso diagnóstico así como la de su tratamiento.

También produce un acercamiento y una mejor coordinación con Atención Primaria y se origina una mejora de la relación médico-paciente a este nivel, ya que ésta es una situación inmejorable para establecer lazos de interacción entre ambos. En efecto, el médico siente que puede diagnosticar a su paciente sin tiempos de espera que genere incertidumbre, y el paciente detecta 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.

Actualmente las [Consultas de Alta Resolución](#) se están extendiendo de manera continua y progresiva, implantándose con éxito cada vez en un mayor número de hospitales del territorio nacional. En algunos hospitales concretos, en donde esta modalidad de consulta se encuentra especialmente desarrollada, se llega a establecer un 64% de sus consultas de esta manera.

La implantación de la Alta Resolución o Acto Único está generando una nueva organización que precisa de la implicación y colaboración de todos los profesionales del sistema sanitario para conseguir una atención de mayor calidad.

En primer lugar requieren una manera nueva y más flexible de organizar la actividad asistencial, en segundo lugar, un alto grado de comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada y, finalmente, que todas las estructuras sanitarias estén orientadas hacia el ciudadano como centro del sistema sanitario.

LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

En las consultas de Atención Primaria se resuelven más del 90% de los problemas de salud de la población. Una de las funciones principales del Médico de Familia es la gestión de las derivaciones del 10% restante de pacientes que necesitan acudir a la Atención Especializada.

Una derivación adecuada y ágil soluciona el problema en un breve espacio de tiempo y disminuye las visitas a urgencias motivadas por estas patologías. Esto no es siempre posible debido a la dificultad de comunicación y la amplia burocracia existente entre Atención Primaria y Atención Especializada, lo que genera largas listas de espera para que estos pacientes sean atendidos por un especialista.

En el caso de Cirugía General se ha detectado que un alto porcentaje de las patologías remitidas pueden ser diagnosticadas fácilmente por el médico de Atención Primaria y que, además, estas patologías pueden ser tratadas actualmente sin ingreso hospitalario.

Muchas de las patologías que se intervienen en las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria serían tributarias, por sus características, de ser incorporadas a un sistema de [Consulta de Alta Resolución](#) establecido entre las consultas de los Centros de Salud de Atención Primaria y las consultas externas de estas Unidades.

En la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Clínico San Carlos de Madrid se ha establecido, de forma pionera, una de estas consultas para atender las demandas de sus usuarios en relación con un más fácil y más rápido acceso a la resolución de sus patologías. Estas demandas han sido expresadas 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.

En dichas encuestas los pacientes han manifestado, desde el inicio de la actividad en esta Unidad, una demanda constante que hace referencia a la excesiva demora que, en muchos casos, se produce para acceder a esta forma de cirugía que, por lo demás, es considerada en general como excelente.

Esta situación elimina una de las ventajas teóricas que tiene la Cirugía Mayor Ambulatoria como es la de acortar la demora quirúrgica al no depender ésta de la disponibilidad de camas hospitalarias, siendo pues atribuible esta demora a la excesiva duración del circuito asistencial que el paciente tiene que realizar desde Atención Primaria a la Atención Especializada, en este caso concreto a la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Para solucionar esta situación se ha diseñado una [Consulta de Alta Resolución](#) que fundamentalmente introduce dos cambios. En primer lugar, se establece un nuevo circuito de derivación que posibilita que el paciente pueda acudir directamente desde los Centros de Salud de Atención Primaria a la consulta de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria de nuestro Hospital.

Y en segundo lugar, se organiza esta consulta de modo que el paciente pueda recibir, en la misma mañana, todas las actuaciones que requiere su caso, es decir: la Consulta Quirúrgica, la Consulta Preanestésica, la Consulta informativa sobre la CMA y la asignación de la fecha para la Intervención Quirúrgica. De esta manera se consigue un acceso fácil, rápido y resolutivo desde Atención Primaria a la Atención Especializada en nuestra Unidad.

Para obtener la máxima eficacia de esta [Consulta de Alta Resolución](#) es necesario que las patologías que se incluyan en la misma sean [fácilmente identificables](#) por el Médico de Familia para conseguir así un aspecto fundamental como es el mayor grado posible de concordancia respecto al diagnóstico e indicación quirúrgica entre los Médicos de Familia y los Cirujanos de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Las patologías incluidas en la fase inicial de esta Consulta de Alta Resolución pertenecen a la especialidad de Cirugía General, y están constituidas por aquellas que pueden ser fácilmente identificables por los Médicos de Familia a efectos de conseguir el mayor grado posible de concordancia diagnóstica. Entre estos se encuentran: la hernia inguinal y crural, la hernia epigástrica, la hernia umbilical, las eventraciones postoperatorias, las hemorroides, la fisura de ano, el sinus pilonidal, la hidrosadenitis y los tumores grandes de partes blandas (Tabla 1).

Los pacientes son seleccionados por los Médicos de Familia siguiendo un protocolo elaborado previamente y de manera conjunta por los cirujanos de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, y que contiene los criterios de inclusión y de no-inclusión, así como las pautas administrativas que requiere el nuevo circuito de derivación. Para completar el

protocolo de derivación se solicita la realización, desde el propio Centro de Salud, de un estudio preoperatorio que incluya analítica de sangre, radiografía de tórax y E.C.G., con el que el paciente debe acudir al hospital el día de la consulta.

Patologías incluidas en la Consulta de Alta Resolución
<p>Patología de pared abdominal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hernia o tumoración de las regiones inguino-crural, umbilical, epigástrica. - tumoración en cicatriz de laparotomía o eventración.
<p>Sinus pilonidal. Hidrosadenitis.</p>
<p>Tumores grandes de partes blandas.</p>
<p>Patología proctológica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemorroides grados III y IV (en pacientes mayores de 40 años previa realización de colonoscopia). - Fisuras y fístulas de ano.

Tabla 1. Patologías que se pueden derivar a la [Consulta de Alta Resolución](#) para ser tratadas mediante Cirugía sin Ingreso.

Lo que diferencia este tipo de consulta de la [Consulta de Alta Resolución](#) que se encuentran descritas en la literatura, es la implicación de los profesionales de Atención Primaria 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 pues claramente son ellos, por su relación cercana con el enfermo en su contexto, los que mejor conocen sus características y necesidades.

El paciente es citado directamente desde su Centro de Salud en la agenda de la Consulta de Alta Resolución de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria donde es valorado por un cirujano de dicha Unidad. Ese mismo día realizará también la consulta preanestésica, se le proporcionará la información para someterse a Cirugía Sin Ingreso y, finalmente, se le dará la fecha de la intervención. De esta manera el paciente sólo acude este día al hospital, además del día de la intervención. Tras la Consulta de Alta Resolución se remite un informe a su médico de Atención Primaria.

Las actuaciones que se realizan en la misma mañana en la Consulta de Alta Resolución son pues las siguientes:

- Consulta Quirúrgica donde se comprueba la concordancia del diagnóstico y de la indicación quirúrgica que han sido establecidos en la consulta de Atención Primaria.
- Una vez confirmada y establecida la indicación quirúrgica, se realiza la Consulta Preanestésica.
- Posteriormente se lleva a cabo la Consulta informativa sobre la CMA.
- Se asigna la fecha para la intervención quirúrgica.
- Se elabora un informe que se envía al Médico de Familia que ha remitido al paciente.

Tras las gestiones y reuniones preliminares entre equipos directivos, personal sanitario y personal administrativo de los dos niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada (Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria), la [Consulta de Alta Resolución](#) inició su actividad en febrero de 2002.

El modelo de Consulta de Alta Resolución o Consulta Única se adapta a multitud de patologías que, por su prevalencia, justifican la implantación para que disminuyan las demoras y se facilite a la población el acceso a la Atención Especializada. Por ello está siendo adoptada de manera creciente por hospitales y centros de especialidades en diferentes regiones.

En el caso de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, la que denominamos [Consulta de Alta Resolución](#) no lo sería exactamente pues las pruebas complementarias del preoperatorio no se realizan en el mismo día, sino que se solicitan por el médico de Atención Primaria 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. Por tanto, la denominación más apropiada para esta consulta en concreto sería la de "[Consulta Directa](#)".

VENTAJAS DE LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN EN LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Con la implantación de este tipo de consulta en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Clínico San Carlos, se ha conseguido alcanzar una reducción de la demora media de estos pacientes de un 60% sobre la del circuito habitual (figura 1). El número de desplazamientos al hospital, incluido el realizado para llevar a cabo la intervención quirúrgica, ha sido de 2. Esto supone una reducción del 66,6% sobre los desplazamientos que se realizan en el circuito habitual.

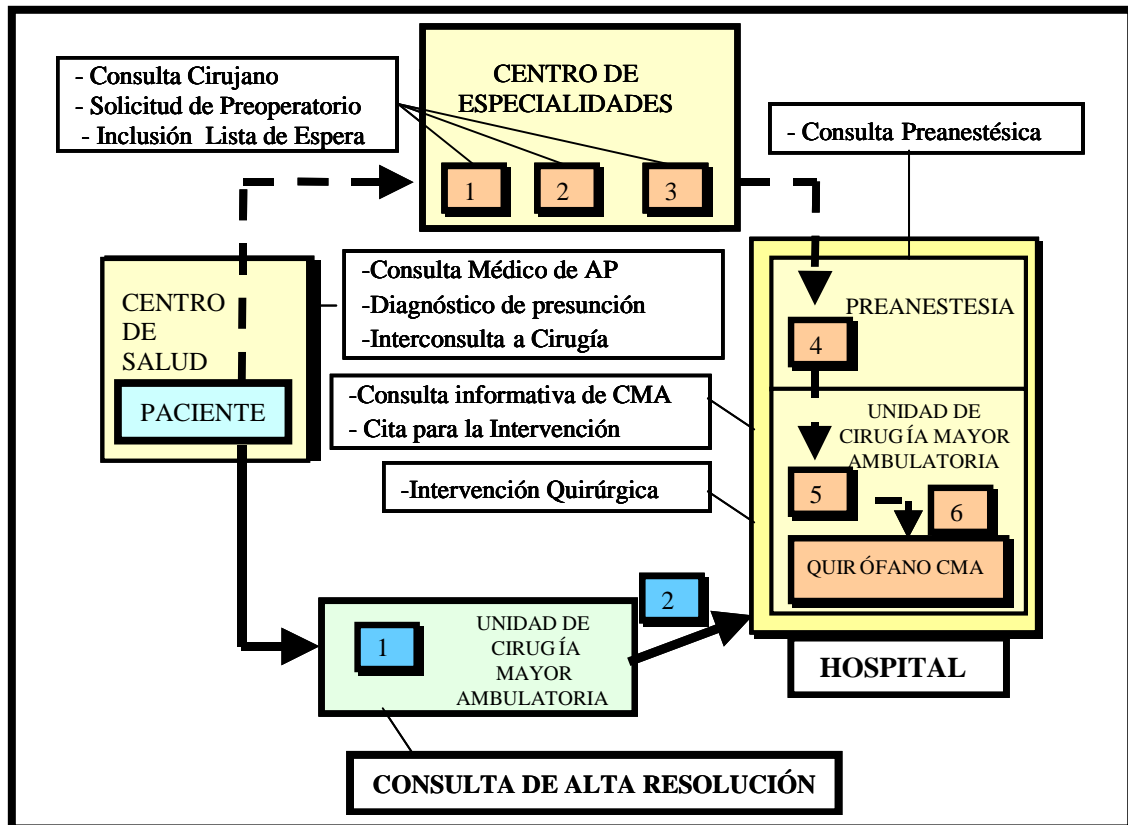


Figura 1. Circuito de derivación de pacientes. La flecha discontinua señala el circuito habitual con 6 desplazamientos de media desde la derivación hasta la intervención quirúrgica y la flecha continua los 2 desplazamientos que supone la remisión de pacientes a través de la **Consulta de Alta Resolución**.

Estos resultados han provocado la satisfacción de todos los protagonistas de esta Consulta, por un lado de los médicos, tanto de Atención Primaria como Especializada (Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria), y por otro de los pacientes.

Los Médicos de Familia opinan que esta consulta es una solución muy útil para sus pacientes. La mayoría considera también que esta forma de derivación no les supone una sobrecarga adicional en sus consultas pues, si bien les obliga a solicitar unas pruebas preoperatorias y hacerse cargo de ellas hasta que el paciente acuda a la Consulta de Alta Resolución, los beneficios obtenidos parecen superar a las dificultades.

El conocimiento del problema quirúrgico y su resolución a través de la información recibida desde la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, habilita al médico de Atención Primaria para atender mejor las posibles consultas que, con respecto al postoperatorio, pudieran surgir tanto al paciente como a su familia y, además, le facilita la tarea de la gestión de incapacidades temporales si fuera el caso.

Por otra parte, un aspecto que ha resultado muy positivo es la elevada concordancia diagnóstica entre los médicos de Atención Primaria y de Atención Especializada, lo cual es el fruto de la implicación de los dos niveles asistenciales en el programa desde su comienzo.

Es de destacar el esfuerzo de los médicos de Atención Primaria por estudiar y diagnosticar a cada paciente e implicarse en la realización del preoperatorio, presionados como están por la 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 la consulta de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, han facilitado esta tarea y los buenos resultados obtenidos.

Los cirujanos de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria también se ven favorecidos con este tipo de consultas ya que el flujo de información sobre los pacientes es bidireccional; su trabajo está facilitado al atender a un enfermo que viene correctamente historiado y diagnosticado, al margen de acudir debidamente preinformados sobre el tipo de Cirugía sin Ingreso al que van a someterse.

Esta mejora de la comunicación entre los dos niveles asistenciales optimiza una de las necesidades más importantes de la sanidad actual. Esto además favorece que el Médico de Familia pueda desempeñar el papel integrador de los problemas de salud de sus pacientes.

Es decir que la forma de derivación de pacientes en estas Consultas Directas fomenta la comunicación y la coordinación entre los dos niveles asistenciales (Atención Primaria -Atención Especializada) además de acortar el circuito asistencial en beneficio del paciente.

Respecto a esta mejora de la comunicación y de la coordinación entre los dos niveles asistenciales, ésta se produce porque se fomenta de dos maneras muy claras. En primer lugar, porque implica al médico de Atención Primaria en el diagnóstico del paciente para procurar una derivación adecuada; por eso la información que este hace llegar al especialista es mayor que en las derivaciones habituales.

En segundo lugar, porque al acortar el circuito de diagnóstico y tratamiento la información generada se plasma fácilmente en un informe que no dará vueltas de consulta en consulta y que llegará en breve al propio médico de Atención Primaria, eslabón final del circuito.

En relación con la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada, la [Consulta de Alta Resolución](#) ha abierto una vía de comunicación que establece una clara mejora para esta coordinación. Esta mejora ya comenzó en el mismo momento en que se llevaron a cabo 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 además, se ha informado periódicamente del funcionamiento de la Consulta de Alta Resolución y se han mantenido reuniones para la mejora del funcionamiento de la misma, con la inclusión de nuevas patologías en una segunda fase. Las propuestas han venido dadas por

los propios médicos de AP. Además, cualquier duda puntual se soluciona al instante por teléfono.

Habría que añadir que la propia satisfacción del paciente, por haber sido atendido de manera ágil y de haber solucionado rápidamente su problema, repercute y mejora la relación con el Médico de Familia que desde un principio le procuró este servicio.

Esto incide también en la disminución en el número de visitas por este problema durante la espera del tratamiento. La consecuencia es un aumento de confianza y un mejor clima de consulta con un paciente al que el médico de Atención Primaria tiene que tratar a lo largo del tiempo, posiblemente de otros muchos problemas.

Por lo que respecta a la satisfacción del Paciente, la mejora más destacada obtenida con este modelo de Consulta Directa es la disminución en la duración del circuito asistencial desde que al paciente le es diagnosticada la patología hasta que es intervenido quirúrgicamente. Al existir un menor número de pasos que dar hasta ese fin, se disminuye no solo la demora (reducción del 60%) sino también los desplazamientos al hospital (reducción del 66,6%). En este sentido, la mayoría de los pacientes vieron superadas sus propias expectativas.

En una gran ciudad como Madrid donde los desplazamientos son largos (en muchas ocasiones los pacientes han de tomar más de un medio de transporte para llegar hasta el especialista), el evitarlos repercute de manera directa en la satisfacción del usuario. Si a esto añadimos las complicaciones socio-laborales que surgen de cada visita al médico, los pacientes agradecen que éstas sean las menos posibles.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

- Arroyo, A.; Andreu, J.; García, P.; y col. 2001. Análisis de un programa de derivación directa entre atención primaria y especializada en pacientes potencialmente quirúrgicos. *Aten Primaria*, 28(6):381-385.
- Bermuda, L.; Basilio, Y.; López, A.; Ruiz, J. 2004. Análisis y puesta en marcha de un modelo de alta resolución en cirugía maxilofacial. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac*, 25:335-340.
- Cerdán Carbonero, M.T.; Sanz, R.; Martínez-Ramos, C. 2004. Análisis de la satisfacción en un programa de colaboración entre niveles asistenciales. *Médicos de Familia*, 6:45-48.
- Cerdán Carbonero, M.T.; Sanz, R.; Martínez-Ramos, C. 2005, Mejora de la comunicación entre niveles asistenciales: derivación directa de pacientes a una consulta de alta resolución de cirugía mayor ambulatoria. *Atención primaria*, 35:283-287.

- Cano, J.G.; Medina, E.; Custardoy, J.; y col. 2002. Impacto de una intervención sobre la lista de espera de especialidades médicas en un área de salud. *Aten Primaria*, 30(9):549-555.
- Forrest, C.B.; Nutting, P.A.; Starfield, B.; von Schrader, S. 2002. Family physicians' referral decisions: results from the ASPN referral study. *J Fam Pract*, 51(3):215-222.
- Gómez, N.; Orozco, D.; Merino, J. 1997. Relación entre atención primaria y especializada. *Aten Primaria*, 20 (1)25-33.
- González de Dios, J. 2005. La consulta única (o de alta resolución) en pediatría hospitalaria y en atención primaria: un instrumento de mejora en la calidad asistencial. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 7:21-31.
- Herranz Jordan, B. 2003. Las consultas de alta resolución. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 5:9-12.
- Irazábal, L.; Gutiérrez, B. 1996. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Aten Primaria*, 17(6):376-381.
- Juan Ruiz, F.J. 2005. Alta Resolución, la rapidez de respuesta y eSalud como palanca de cambio: nuevos paradigmas de atención a la Salud. *Revista eSalud.com*, Vol. 1, No 3.
- Martínez-Ramos, C. 2008. La Cirugía Mayor Ambulatoria y los retos actuales del Sistema Sanitario. *Cir May Amb*, 13:135-139.
- Martínez-Ramos, C.; Sanz, R.; Cabezón, P.; Cerdán, M.T. 2007. Consulta de Alta Resolución en Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cir May Amb*, 12:111-115.
- Plaza, V; Rodríguez, G.; Peiró, M.; y col. 2003. Grado de satisfacción de médicos y pacientes en atención primaria con un nuevo esquema asistencial neumológico. *Arch Bronconeumol*, 39:57-61.
- Queipo, J.A.; Moral, A.; Beltrán, J.F.; y col. 2005. La asistencia urológica en el centro "Alto Palencia": modelo de integración Primaria-Especializada y Consulta Única. *Actas Urol Esp*, 29:305-310.
- Rubio, V.; Rodríguez, M.L.; Sampedro, E.; y col. 2000. Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento de interconsulta. *Aten Primaria*, 26 (10): 681-684.
- Zambrano, J.L.; Jiménez-Ojeda, B.; Marín, M.; Almazán, S. 2002. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias. *Med Clin (Barc)*, 118:302-5.

Recibido: 9 julio 2009.

Aceptado: 27 julio 2009.