

ORIGINAL

IMPACTO SOBRE EL TIEMPO DE ESPERA DEL MODELO DE CONSULTA ÚNICA EN NEUMOLOGÍA FRENTE A LA CONSULTA CONVENCIONAL

J. M. Bravo Santervás, J. L. Zambrana García, J. A. Ruiz Romero, M. J. Velasco Malagón, F. Rosa Jiménez, M. Amat Vizcaíno,

Unidad de Neumología. Área de Medicina. Hospital Alto Guadalquivir, Andújar (Jaén)

RESUMEN

OBJETIVOS: Nuestro estudio describe el efecto que sobre los tiempos de espera produce la implantación de un sistema de Consulta Única (CU) o de alta resolución en la consulta externa de Neumología en comparación con el sistema tradicional de las consultas externas.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo en el que analizamos las consultas realizadas durante 1 año en una consulta de Neumología en la que hemos implantado un sistema de CU, de manera que el paciente se valora en una primera visita, se le realizan las pruebas complementarias necesarias y se revisa ese mismo día. Analizamos el ahorro en días que se produce en la demora media de visitas sucesivas al compararlo con el modelo tradicional de consultas externas.

RESULTADOS: Fueron atendidos 2.161 pacientes, de los que 1.169 fueron primeras visitas. De éstas

ABSTRACT

OBJECTIVES: Our study describes the effect on the assignment of appoints with the implantation of a Single Consultation System or high resolution at the pneumology outpatient clinic in comparison with the traditional outpatient.

METHOD: This descriptive study analyzes the consultations at the pneumology clinic during a full year after the implantation of a Single Consultation System (SCS) in which the patient is evaluated during the first visit; all of the necessary complementary tests were performed and reviewed that same day. We analyzed the time savings in terms of average days of delay in assigning appoints in comparison with the traditional outpatient model.

RESULTS: Some 2,161 patients were seen, of which it was a first visit for 1,169 patients. Of these, 812 took advantage of the complementary tests and review that same day. Thus, 73% of the patients

Recibido: 15 de octubre de 2001. Aceptado: 4 de marzo de 2002.

Correspondencia:
Juan Manuel Bravo Santervás
Corredera de Capuchinos, 66 1º-A
23740 Andújar (Jaén)
Teléf. 953 51 90 60
e-mail: jmbravo@ephag.es

últimas, 812 se beneficiaron de pruebas complementarias y revisión en el mismo día. De ésta manera el 73% de los pacientes atendidos en primera visita no necesitaron regresar de nuevo al Hospital por el proceso que motivó la consulta, pudiéndose establecer un diagnóstico y tratamiento adecuado en un solo desplazamiento. Al año, este sistema consigue una reducción en la demora media de visitas sucesivas de 136 días si lo comparamos con el modelo tradicional de consultas externas, en el que las pruebas complementarias y las visitas sucesivas se realizan en día distinto al de la primera visita.

CONCLUSIONES: La implantación de un sistema de CU en las consultas externas de Neumología redundará en una mayor eficiencia de éstas y en una mejora de la calidad asistencial al poder ofrecer a gran parte de los pacientes un diagnóstico y tratamiento en un único día.

Palabras Clave:

- Consultas externas
- Organización
- Eficiencia

seen at that first appointment did not need to return to Hospital due to the medical process that caused the original consultation. The diagnosis was established and the appropriate treatment prescribed in only one visit. After a year, this system managed to reduce the average waiting time to 136 days for later visits when comparing the traditional outpatient model, in which the complementary testing and later visits are undertaken at another date rather than during the preliminary visit.

CONCLUSIONS: With the implantation of the new (SCS) system in the pneumology outpatient clinic, the improved effectiveness of the service can be seen as well as improvements in the quality of the patient attention as most of the patients receive the diagnosis and treatment the same day.

Key Words:

- Outpatient clinic
- Organization
- Efficiency

INTRODUCCIÓN

La alta prevalencia e incidencia de patología respiratoria hace que debamos buscar nuevas fórmulas de organización de las consultas externas para dar una rápida respuesta a la ansiedad que esta patología ocasiona en los pacientes y en los profesionales de la salud. En los últimos años estamos asistiendo a una profunda revisión de la actividad ambulatoria en los centros hospitalarios; el objetivo preferente de las consultas externas ha pasado, de ser la revisión de pacientes que habían necesitado ingreso hospitalario previamente, a ser el pivote alrededor del cual gira la actividad de la Neumología, el lugar idóneo donde diagnosticar, orientar y establecer la estrategia terapéutica de un enfermo que ha sido enviado desde atención primaria. De éste modo, la hospitalización debe quedar como un instrumento de apoyo dentro del proceso que presenta el paciente, buscando que tanto el número de ingresos inadecuados como las estancias sean los menos posibles. Además, la aparición de numerosos recursos diagnósticos incruentos (pruebas funcionales respiratorias, tomografía computerizada, resonancia nuclear magnética, ecografía torácica, etc) ó poco agresivos (angiografía digital, broncoscopias, biopsias por punción aspirativa con aguja fina, etc.) facilita y permite el diagnóstico

ambulatorio de la mayor parte de procesos neumológicos [1-3].

Al igual que en el resto de especialidades de nuestro Hospital, en la consulta de Neumología hemos intentado desarrollar al máximo la actividad ambulatoria, pretendiendo además que la mayoría de los pacientes puedan ser estudiados y atendidos en dicha consulta externa sin necesidad de ingreso para estudio, potenciando al máximo lo que hemos llamado Consulta Única (CU) o consulta de alta resolución. Con la aplicación de este modelo de CU buscamos resolver el problema con el que el paciente es derivado desde atención primaria en el mismo día de consulta, realizando aquellas pruebas necesarias para llegar al diagnóstico, siempre que sea posible porque no necesiten una preparación previa del paciente, o bien porque necesite que éste no haya recibido ningún tratamiento en un periodo de tiempo determinado antes de la realización de la prueba diagnóstica (pe. test de metacolina).

La experiencia en este tipo organizativo de consultas en España es bastante limitada, siendo muy pocos los estudios publicados en revistas científicas y no centrados en consultas de neumología [4-5]. Por todo ello, el objetivo de nuestro trabajo es describir los resultados más sobresalientes obtenidos aplicando este sistema de CU en nuestra consulta de Neumología durante el pri-

mer año de funcionamiento, así como el impacto que supone este sistema de consulta sobre la demora para visitas tanto primeras como sucesivas para nuestros pacientes frente a un sistema de consulta con esquema de trabajo tradicional.

MATERIAL Y MÉTODOS

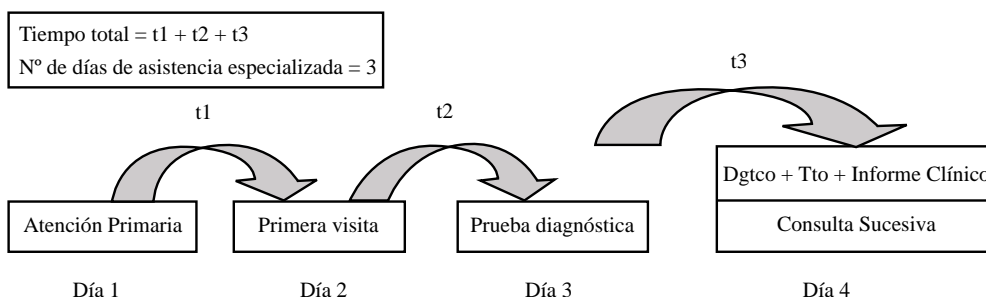
Se trata de un estudio descriptivo en el que analizamos las consultas realizadas durante 1 año en una consulta de Neumología en la que hemos implantado un sistema de consulta única.

El Hospital Alto Guadalquivir es un hospital público que se encuentra en Andújar (Jaén) y responde a la decisión de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía de acercar la asistencia hospitalaria a esta comarca jiennense de unos 65.000 habitantes. El inicio de la actividad asistencial comenzó en mayo de 1999,

adoptando como fórmula jurídica de gestión la de empresa pública.

La consulta única (CU) se define 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.*” (Acta nº 4 Consejo Dirección 14-06-99) [6]. Necesariamente toda CU tiene su origen en un primer episodio de consulta en nuestra consulta externa por un determinado proceso (primera visita, PV). Tras valorar al paciente en esta PV, en nuestro Hospital existen 3 posibilidades (figura 1): 1) ser dados de alta con un informe clínico que informa de un diagnóstico y tratamiento concreto (CU); 2) ser remitidos para la realización de la(s) prueba(s) diagnóstica(s) (PD) pertinentes o bien para la valoración por otro facultativo especialista,

Procedimiento habitual de una consulta tradicional



Procedimiento de la Consulta Única

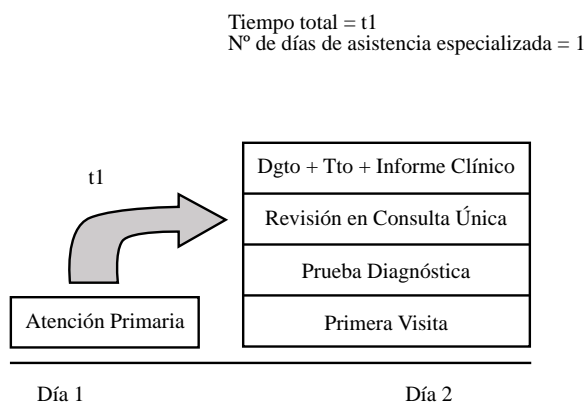


Figura 1

Esquema del funcionamiento habitual en una consulta externa de un Hospital con organización tradicional frente a un Hospital con una organización de Consulta Única.

y una vez llevado a cabo ser nuevamente valorados en la consulta inicial ese mismo día (Revisión en el Día, RD). Esto puede generar finalmente una CU (si se realiza un diagnóstico, tratamiento e informe clínico) o no (si las PD realizadas no nos lo han permitido); y 3) ser citados para otro día, habitualmente con la realización previa de PD adicionales, generando así una visita sucesiva (VS). Sería por tanto VS aquella consulta que se produce en otro día distinto a la PV, generada a raíz de ésta y por el mismo proceso inicial.

Contamos con una única consulta de neumología que atiende pacientes en horario de mañana desde las 9 hasta las 15 horas. Citamos a primera hora una media de 5 pacientes de PV con una cadencia de 20 minutos. Durante el resto de la mañana, mientras que los pacientes van realizándose las pruebas complementarias solicitadas, se van atendiendo tanto las VS programadas como las RD que se han generado a raíz de la primera visita.

Las pruebas complementarias solicitadas y llevadas a cabo ese mismo día varían en función de la especialidad, pudiendo ser hemogramas, bioquímica plasmática convencional, análisis de orina, radiología simple, pruebas funcionales respiratorias, ecocardiograma, etc. Para ello, todo el personal sanitario y no sanitario del Centro atienden la petición realizada por la vía de CU como una solicitud de carácter preferente que se responde de forma precoz. Esto ocurre de forma especial en el Área de Biotecnología y el Área de Diagnóstico por la Imagen, pero también ocurre cuando se solicita la valoración por parte de un facultativo de otra especialidad diferente a la que fue remitido inicialmente el enfermo. Una vez solucionada la interconsulta o realizada la prueba complementaria, el paciente regresa a la consulta inicial, donde se le efectúa un diagnóstico (al menos de presunción) y se dan las indicaciones terapéuticas correspondientes. Con esto, el enfermo puede recibir el alta definitiva, remitiéndolo a atención

primaria, o ser emplazado a una revisión en consulta sucesiva un tiempo después.

Para el cálculo en días de la reducción en la demora de visitas sucesivas que se produce con un sistema de CU frente al tradicional se ha realizado suponiendo que el número de pacientes atendidos en consultas externas en el sistema tradicional es el mismo al que se ha producido en nuestro hospital. En el modelo tradicional de consultas externas las RD no existen, por lo que dicha visita se convierte necesariamente en visita sucesiva. Ello supone que dicha citación dependa de la lista de espera para VS que se tenga en cada consulta de la especialidad.

RESULTADOS

Durante un año de funcionamiento de la Consulta de Neumología, del 12 de mayo de 1.999 al 31 de abril de 2.000, hemos atendido 2.161 episodios, siendo un 54,09% (1.169) primeras visitas. Un 80,32% de éstas últimas (939) se resuelven en régimen de CU y un 86,95% de las mismas (812) se benefician de pruebas diagnósticas y revisión en el mismo día. Asimismo, en 316 episodios de consulta se les realizó una revisión en el día aunque no fuera en régimen de CU, restando de esta manera un día adicional de visita sucesiva al paciente.

El número medio de pacientes citados al día en la Consulta Externa de Neumología (PV + VS) ha sido de 8,31. La Tabla 1 recoge la distribución de los episodios de consultas por especialidades médicas a lo largo de los 12 meses para cada una de las modalidades asistenciales en consulta, comparándolo con los mismos datos especificados para la consulta de Neumología. En la Tabla 2 está reflejado el ritmo de citación de pacientes y el cálculo estimado del incremento de la demora en días entre el modelo de organización con CU frente al

Tabla 1
DISTRIBUCIÓN DE PRIMERAS VISITAS, CONSULTA ÚNICA, VISITAS SUCESIVAS Y REVISIONES EN EL DÍA POR ESPECIALIDADES MÉDICAS

	PV	CU	%CU/PV	RD	VS	PV+VS
• NEUMOLOGÍA	1169	939	80%	1128	992	2161
• CARDIOLOGÍA	1376	764	56%	141	806	2182
• DIGESTIVO	1781	647	36%	866	1910	3691
• MEDICINA INTERNA	3767	2187	58%	688	2693	6460
• HEMATOLOGIA	184	74	40%	4	350	534
• DERMATOLOGÍA	1827	1438	79%	21	867	2694
TOTAL HOSPITAL	36770	23495	64%	10736	21680	58450

VS: Consulta Sucesiva. CU: Consulta Única. PV: Primera visita. RD: Revisión en el día. VS: Visita sucesiva.

Tabla 2
 MEDIA DE PACIENTES ATENDIDOS AL DÍA DISTRIBUIDO POR ESPECIALIDADES MÉDICAS
 Y CÁLCULO ESTIMADO DEL INCREMENTO DE LA DEMORA EN DÍAS ENTRE EL MODELO
 ORGANIZATIVO CON CONSULTA ÚNICA FRENTE AL TRADICIONAL.

	Pacientes Atendidos/día	PV	VS	Días utilizados para valoración de pacientes con modelo de CU	Días necesarios para valoración de pacientes modelo tradicional	INCREMENTO EN LA DEMORA EN VS DE LISTA DE ESPERA EN DÍAS
• NEUMOLOGÍA	8,31	4,50	3,82	260	395,71	135,71
• CARDIOLOGÍA	8,39	5,29	3,10	260	276,8	16,8
• DIGESTIVO	14,2	6,85	7,35	260	321,0	61,00
• MEDICINA INTERNA	24,85	14,49	10,36	260	287,69	27,691
• HEMATOLOGIA	2,05	0,71	1,35	260	261,95	1,95
• DERMATOLOGÍA	10,36	7,03	3,33	260	262,03	2,03
TOTAL HOSPITAL	224,81	141,42	83,38	260	307,76	47,76

CS: Consulta Sucesiva. CU: Consulta Única. PV: Primera visita.

tradicional [7]. De ellas se desprende que la realización de las revisiones en el día en la consulta de Neumología (1.128), ya sea en CU o no única, ha permitido que la demora media de lista de espera para visitas sucesivas sea inferior en 135,71 días hábiles utilizando este modelo en lugar del modelo de hospital tradicional. Además, no todas las especialidades se benefician por igual de este sistema, de modo que, por ejemplo, la demora llega a reducirse tan solo 2,03 días en Dermatología, y 47,76 días en el global del hospital.

DISCUSIÓN

La creciente demanda asistencial a la que estamos asistiendo en los últimos años, y más concretamente en nuestra especialidad de Neumología, hace que debamos buscar nuevas formas alternativas de organización del trabajo hospitalario, potenciando la actuación ambulatoria, y con ello evitar el ingreso hospitalario de pacientes que se encuentren a la espera de alguna prueba diagnóstica. Estas pruebas diagnósticas cada vez son menos cruentas e invasivas, lo cual facilita que puedan ser realizadas ambulatoriamente, sin necesidad de ingreso hospitalario posterior. Por otra parte, la ansiedad que produce en los pacientes con patología respiratoria síntomas como la disnea, la sospecha de neoplasia pulmonar, etc, nos obliga a buscar métodos alternativos de gestión de nuestras consultas hospitalarias, de tal forma que el paciente reciba una orientación diagnóstica y terapéutica en el menor tiempo posible. En este sentido, nuestro estudio describe los efectos que tiene la implantación del sistema de CU en nuestra Consulta de Neumología, y analiza la incidencia sobre los tiempos de espera del paciente para conocer su diagnóstico. De él se despren-

de que dicho sistema consigue una reducción importante de los tiempos de espera y ofrece una mayor accesibilidad a nuestros pacientes. Además, el hecho de que las pruebas complementarias sean más accesibles para el médico ayuda a que éste pueda encontrar y ofrecer un diagnóstico en tiempo más precoz a sus pacientes.

Cabe señalar que este modelo de organización, como es fácilmente comprensible, no puede ser aplicado aisladamente en una consulta, sino que necesita de la implicación de todo el personal del hospital, y de un modelo de organización que pueda satisfacer las peticiones realizadas en el menor tiempo posible, con el fin de que los tiempos de espera de los pacientes para realizar las pruebas complementarias sean el menor posible, y así mismo, que el resto de facultativos especialistas puedan satisfacer las interconsultas que le realicen desde otras especialidades. De hecho, a lo largo del año analizado, se ha producido un aumento progresivo del número de consultas únicas. Las razones de ello han sido varias: por un lado, la concienciación de los facultativos en la posibilidad de poder realizar las pruebas complementarias en el día; en segundo lugar, la disponibilidad cada vez mayor de las exploraciones complementarias realizadas en el mismo día, y finalmente, la mejora de la coordinación con atención primaria mediante protocolos que ha hecho que la derivación de los enfermos a la consulta de Neumología sea con frecuencia acompañada de pruebas complementarias previamente realizadas en base a la patología del paciente.

El cálculo de la reducción en la demora media de consultas externas ha sido calculada en el modelo tradicional con los datos del modelo de consulta única, siendo el número total de pacientes atendidos al día similar al de hospitales de nuestro entorno. Dicha reducción, de hasta más de 3 meses en nuestra consulta de

Neumología, se produce sobre todo por la accesibilidad a las pruebas complementarias en el mismo día, y por tanto, poder el paciente beneficiarse de la reevaluación ese mismo día. La especialidad de Neumología es la que realiza una mayor proporción de revisiones en el día respecto al número de primeras visitas (1128 revisiones en el día de un total de 1169 primeras visitas), lo cual traduce la posibilidad de aplicar tanto o más que en cualquier especialidad este modelo de Consulta Única. De este modo, probablemente conseguimos reducir el grado de ansiedad e incertidumbre que sufre el paciente y el médico ante la espera de un diagnóstico. A ello se suma la posibilidad de que sea el mismo facultativo el que atienda nuevamente al paciente en la revisión en el día, con lo que ello conlleva en una mejor relación médico-enfermo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz Fernández JL, Arce Mateos FP. En: Temes Montes JL, Pastor Aldeguez V, Díaz Fernández JL, editores. Manual de gestión hospitalaria. Madrid:Mc Graw Hill/Interamericana, 2ª ed. 1997;61-86.
2. Ansorena Pool L. La gestión del paciente ambulatorio. En: López Domínguez O, editor. Gestión de pacientes en el hospital. Barcelona: Olaya, 1997; 207-227.
3. Capella M. Gestión de la calidad en atención especializada. En: Llano de Señaris, Ortún Rubio V, editores. Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson, 1998; 256-276.
4. Ruiz Arranz JL, Ruiz JA, Villalón Ogayar J, Alvarez Tovar JA. La consulta única como instrumento de mejora de la calidad asistencial, en cirugía ortopédica y traumatológica. *Todo Hospital* 2001; 111:375-379.
5. García Campayo J, Sanz Carrillo C, Jimeno Aranda A. Interconsulta atención primaria/psiquiatría: utilización de la consulta única. *Aten Primaria* 1993; 13:136-138.
6. Plan Funcional Hospital Alto Guadalquivir. Consejería de Salud. Sevilla: 1998.
7. Actividad asistencial en atención especializada Andalucía 1998. Consejería de Salud. Sevilla. 1999.

CONCLUSIONES

La CU o de alta resolución constituye una alternativa de mejora de la eficiencia para el sistema sanitario frente a los sistemas tradicionales de atención ambulatoria. Su puesta en marcha necesita de una reorganización y planificación efectiva de los procesos, sin requerir infraestructura o inversión tecnológica especial.

La Especialidad de Neumología puede desarrollar ampliamente este modelo de CU o de alta resolución, tanto ó más que el resto de especialidades, lo cual redundaría, además de en una mayor satisfacción del paciente, en una mayor eficiencia y satisfacción del neumólogo, al poder ofrecer a gran proporción de pacientes un diagnóstico y tratamiento en un único día.