

La consulta de alta resolución

Sara Artola Menéndez

Médico de familia del Centro de Salud José Marvá, Madrid

RESUMEN

La consulta de alta resolución surge, hace un par de décadas, como un proceso asistencial en el que se establece un diagnóstico y tratamiento, siendo ambos reflejados en un informe clínico, todo en una sola jornada. En el momento actual se plantea la reorganización asistencial entre médico y paciente en atención primaria basada en la consulta telemática, con el apoyo de la e-consulta entre distintas especialidades y la coordinación administrativa y de gestión para la implantación de consultas de alta resolución. Nuestra propuesta de abordaje de la consulta de alta resolución en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 se basa en planificar la información y las pruebas complementarias que vayan a generarse como consecuencia del proceso asistencial; agrupar la fase preparatoria de revisión en la historia clínica y la consulta telemática y la fase presencial de alta resolución, así como el registro del resumen de esa visita; la actualización de los tratamientos, informar al paciente y programar el seguimiento.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2, telemedicina, consulta de alta resolución.

INTRODUCCIÓN

El procedimiento tradicional de diagnóstico y tratamiento se realiza de una forma escalonada, en la que el paciente acude a una primera visita de valoración: anamnesis y exploración clínica, seguida de la solicitud de las pruebas complementarias para, a continuación, concertar una tercera visita de diagnóstico y tratamiento a la que sucedían las visitas de seguimiento.

Desde hace más de dos décadas^{1,2} se empezaron a plantear, en el ámbito hospitalario, modelos asistenciales alternativos a la consulta clásica. Se trata de la consulta de alta resolución.

La consulta de alta resolución es aquel proceso asistencial en el que se establece un diagnóstico, con su correspondiente tratamiento, y ambos son reflejados en un informe clínico, todo en una sola jornada. Este tipo de consultas acorta el tiempo para realizar un diagnóstico y tratamiento en el proceso médico, así como reduce el número de visitas sucesivas y, consecuentemente, de desplazamientos, y logra un notable grado de la satisfacción del paciente^{2,3}.

Paralelamente, la irrupción de la COVID-19 ha supuesto un cambio radical en el abordaje clínico terapéutico de

todos los procesos asistenciales. La interrupción brusca del modelo asistencial presencial obligó a introducir otras formas de comunicación como la telemedicina, estableciendo el contacto por teléfono o videollamadas, en formato sincrónico o asincrónico, así como por correo electrónico. Por otro lado, la puesta en marcha, de forma generalizada, de modelos de interconsulta electrónica (e-consulta) entre los profesionales sanitarios, permite acortar tiempos de espera y ofrecer al paciente la completa valoración y tratamiento de su patología.

Los objetivos principales de la e-consulta son:

1. Aumentar la capacidad resolutoria.
2. Disminuir los tiempos de diagnóstico.
3. Mejorar la accesibilidad de los pacientes evitando desplazamientos innecesarios.

En el momento actual se plantea la reorganización asistencial basada en la consulta telemática, entre médico y paciente; con el apoyo de la e-consulta entre distintas especialidades y la coordinación administrativa y de gestión para la implantación de consultas de alta resolución en atención primaria.

TELEMEDICINA

La telemedicina (TM) ofrece una herramienta para los centros de salud y hospitales del sistema sanitario que deja registro en la historia clínica electrónica. En una primera fase, el flujo de tareas va desde atención primaria hacia un servicio/especialidad de un hospital y a una prestación para que un especialista responda a la consulta realizada por el médico de atención primaria. En fases posteriores dicho flujo también se podrá realizar desde el hospital al centro de salud y de hospital a hospital. Deben establecerse compromisos de contenido de la e-consulta (información clínica precisa y suficiente, no hay que utilizar esta vía para adelantar citas), de respuesta (generalmente, en el plazo máximo de 72 horas) y de gestión de las visitas sucesivas en caso de que el paciente requiera visitas presenciales o pruebas complementarias. Habitualmente, la e-consulta se asigna a uno o varios médicos y se pasa varios días a la semana para cumplir los plazos de respuesta.

Un reciente metaanálisis de 42 ensayos clínicos aleatorizados concluyó que las intervenciones de telemedicina son más efectivas que la asistencia presencial habitual en el control de la diabetes, especialmente de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Además, su empleo en pacientes mayores y una mayor duración de la intervención proporcionan resultados superiores⁴. En otro metaanálisis de 14 ensayos clínicos aleatorizados, además de confirmarse un efecto favorable de la TM sobre el control glucémico, hubo una reducción en el riesgo de hipoglucemias⁵.

CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN

En el ámbito hospitalario se han desarrollado experiencias en distintas especialidades: medicina interna, cardiología, neumología, digestivo, endocrino etc. Los 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 para hacerlo posible. Así, contar con una buena coordinación entre atención primaria y hospitalaria junto al apoyo de los servicios centralizados 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 atención⁶⁻⁷.

No existen experiencias en el ámbito de la atención primaria, pero es evidente que la puesta en marcha de consultas de alta resolución exige modificaciones en el concepto tradicional de la primera visita, 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 consulta única resulta imprescindible que los gestores y los profesionales del centro estén implicados para su correcto funcionamiento, que existan acuerdos tanto con el personal administrativo como con el sanitario para disponer de un circuito de derivación y de las pruebas complementarias, que la gestión de las citas se adapte al formato, así como que el paciente acepte y valore este tipo de atención que va dirigido a la optimización del tiempo en consulta y a evitar esperas innecesarias.

El modelo sanitario de atención primaria debe compaginar atención clínica y burocrática, así como la asistencia a la patología aguda junto con el seguimiento de la patología crónica (HTA, diabetes, hipercolesterolemia, EPOC, asma, obesidad, osteoartritis, etc.). En el ámbito de la atención primaria, siempre ha sido un reto el intento de organizar las consultas burocráticas y clínicas lo más eficientemente posible para atender de forma óptima todas las necesidades sanitarias. Tras la pandemia, la mayoría de las consultas presenciales han pasado a la modalidad de consulta telefónica con el objetivo de reducir el riesgo de infección y respetar las normas de aislamiento social. En el momento actual, se recomienda seguir priorizando la consulta telemática y planificar las consultas presenciales para el enfoque de alta resolución, es otra forma de gestión del tiempo de todos los implicados.

La diabetes mellitus como paradigma de proceso crónico, ampliamente protocolizada, permite con más facilidad la implantación del modelo de consulta de alta resolución. La redGDPS elaboró en 2020 un protocolo de teleconsulta en pacientes con diabetes mellitus tipo 2⁸, a fin de identificar el distinto abordaje presencial o telemático según cada visita de control y seguimiento (Tabla 1). La teleconsulta se realizará por médicos y personal de enfermería encargados de la asistencia a pacientes con DM2, con la colaboración del personal administrativo de los centros sanitarios. El contenido y la periodicidad de las valoraciones será realizado de forma compartida. Las actividades trimestrales serán realizadas preferentemente por enfermería, las semestrales y anuales se coordinan entre personal médico y enfermería. El personal administrativo debe tener formación sobre las diferentes actividades ofrecidas en atención primaria y así canalizar y ordenar la citación para optimizar el tiempo y disminuir el número de desplazamientos del paciente. El protocolo de teleconsulta en pacientes con DM2 de la SEEN⁹, centra la importancia de la implantación de la telemedicina en la necesidad de reorganizar los sistemas sanitarios e identifica los pacientes candidatos o no a la telemedicina (Tabla 2).

Tabla 1. Protocolo de teleconsulta redGDPS en pacientes con DM2⁸.

Recomendaciones de control en una situación estable y con buen control metabólico					
Actividades	Frecuencia	Inicio	3 meses	6 meses	Anual
Síntomas hiperglucemia					
Síntomas hipoglucemia					
Síntomas complicaciones ^a					
Adherencia dieta y ejercicio					
Cumplimiento farmacológico					
Consumo de alcohol y tabaco					
Autoanálisis de sangre ^b					
Intervenciones educativas ^c					
Peso y presión arterial					
Exploración de los pies ^d					
Fondo de ojo ^e					
Hemoglobina glucosilada					
Perfil lipídico					
Filtrado glomerular ^f					
Albuminuria ^g					
ECG					
Vacunación ^h					

^a Cambios en la agudeza visual, dolor torácico con esfuerzo y en reposo, claudicación intermitente, ortostatismo, alteraciones del ritmo intestinal, impotencia, parestias, dolores o calambres en piernas o brazos.

^b Se revisará cada tres meses el cuaderno de registro de glucemias. El autoanálisis se considera imprescindible en aquellos pacientes que reciben tratamiento con insulina. Puede ser útil en los tratados con sulfonilureas o glinidas para detectar hipoglucemias.

^c Generalidades, patrones de alimentación saludable, prescripción de ejercicio físico o reforzar las conductas existentes, consejo antitabaco, actuación en situaciones especiales, recomendaciones de cuidado de los pies, detección y manejo de hipoglucemias, realización de autoanálisis y técnica de manejo de insulina (si procede).

^d Inspección, palpación de pulsos y exploración sensibilidad con monofilamento y/o diapasón. Además, índice tobillo-brazo si: ausencia de pulsos, claudicación intermitente y/o presencia de úlceras.

^e En caso de utilizarse para el despistaje retinografía digital se puede realizar la exploración cada dos años, excepto en los siguientes casos: pacientes mal controlados, con diabetes de más de 20 años de evolución, tratados con insulina o con grados iniciales de retinopatía; a los cuales se les debe realizar anualmente. Se recomienda, además, revisión de agudeza visual y presión intraocular cada dos años.

^f Se determinará el filtrado glomerular mediante ecuación de CKD-EPI, para lo cual será preciso conocer el valor de la creatinina plasmática.

^g La cuantificación de la microalbuminuria se realizará mediante la determinación del índice albúmina/creatinina en una muestra de orina matutina.

^h Además de la vacuna antigripal anualmente, se recomienda la vacuna antineumocócica y pueden estar indicadas otras vacunas según las diferentes comunidades autónomas.

Con frecuencia, los pacientes no saben el motivo de la derivación, olvidan los informes o desconocen que deben aportarlos a las consultas de seguimiento. Explicar el circuito asistencial es uno de los objetivos, entre otros, para evitar el uso de la urgencia hospitalaria como primer escalón asistencial de patología de carácter menos grave.

Nuestra propuesta de abordaje de la consulta de alta resolución en pacientes con DM2 se basa en planificar la información y pruebas complementarias que vayan a generarse como consecuencia del proceso asistencial. Los pasos recomendados son:

1. DM de debut. El primer paso es confirmar el diagnóstico y, si es posible, tipificar el tipo de DM. Puede ser necesario solicitar estudio inmunológico: anticuerpos antiGAD, péptido C y AC anti IA2. En caso de no tener acceso directo a dichas pruebas, se puede realizar una consulta telemática a endocrinología resumiendo el perfil del paciente y la indicación para tipificar el diagnóstico.
2. Para evaluar las complicaciones y comorbilidades, se puede obtener información telefónica de los datos antropométricos: peso, talla, cálculo de IMC, presión arterial; y revisar datos de la historia clínica y/o informes hospitalarios para recoger información sobre: hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica, deterioro cognitivo, situación funcional, procesos oncológicos, etc. En el caso de no contar con información reciente, se programará la actualización de la historia clínica para la visita presencial con la recepción de la analítica y otras pruebas complementarias.
3. La evaluación del grado de control metabólico y de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) se realizará a partir de las últimas analíticas disponibles y, en caso de ser superior a 3-6 meses, según el grado de control metabólico y del resto de FRCV, se solicitará una nueva analítica con glucemia, HbA1c, perfil lipídico, filtrado glomerular (eFG), cociente albúmina/creatinina (CAC), así como ECG, si corresponde.
4. Se revisa la necesidad de examen ocular, según los protocolos locales, sea en programa de cribado de retinografías o en consulta de oftalmología (agudeza visual, tonometría y fondo de ojo).
5. En la consulta telemática previa se realizará la anamnesis sobre el grado de adherencia de estilos de vida, cumplimiento farmacológico, aparición de hipoglucemias y estado de vacunación.
6. En la consulta presencial de acto único: se resume la situación actual del paciente, el tratamiento y su adherencia. Se realiza la exploración física correspondiente que incluirá (según momento): auscultación cardíaca y pulmonar, examen del pie, examen dental, valoración funcional y cognitiva. Se valoran los resultados de las pruebas complementarias y e-consultas, se registra el resumen de esa visita.
7. Se revisa la medicación crónica y se actualizan los tratamientos.
8. Se informa al paciente de los resultados y de la situación actualizada, posibles cambios y/o ajustes terapéuticos.
9. Se programan las visitas de seguimiento de enfermería/medicina (según Tabla 2)

Tabla 2. Pacientes candidatos y no candidatos a la telemedicina⁹.

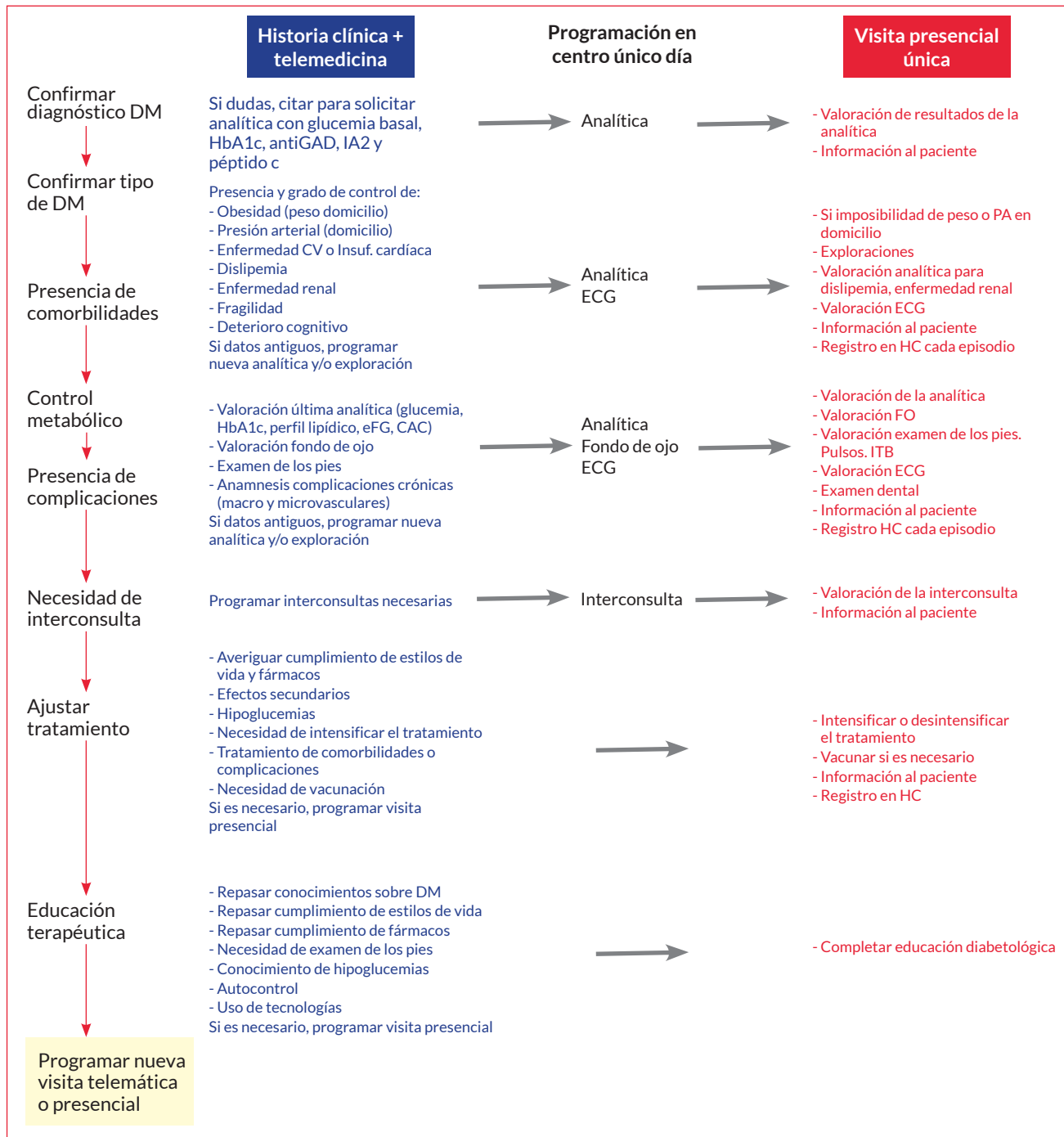
Candidatos	No candidatos
Pacientes nuevos remitidos mediante e-consulta	Pacientes que rechacen la consulta telemática
Pacientes nuevos que se pueden evaluar sin precisar exploración física	Pacientes con limitaciones sensoriales o limitación para la comprensión lingüística vía telefónica o videollamada
Consultas de resultados	Pacientes con limitaciones físicas o psíquicas que hacen inviable la teleconsulta
Revisiones periódicas de patologías crónicas estables	Pacientes inestables con deterioro de su estado general
Pacientes adultos mayores/ancianos con limitaciones para el traslado	Pacientes nuevos complejos, que precisan una exploración física para su evaluación
Seguimiento intensivo al alta hospitalaria	Pacientes que deben acudir por pruebas diagnósticas o procedimientos instrumentales
Consultas individuales o grupales de capacitación a través de videollamada	

Modificado de Gorgojo Martínez JJ et al.

A partir de ahí, se generan las citas correspondientes, telemáticas o presenciales, para actualizar el seguimiento del paciente

según cada circunstancia. En la Figura 1 se propone un esquema de actuación.

Figura 1. Consulta de alta resolución en DM2.



DM: diabetes mellitus; Anti GAD: anticuerpos antiglutamato descarboxilasa; IA-2: anticuerpos anti-tirosina fosfatasa 2; CV: cardiovascular; ECG: electrocardiograma; HC: historia clínica; PA: presión arterial; eFG: estimación del filtrado glomerular; CAC: cociente albúmina-creatinina; FO: fondo de ojo; ITB: índice tobillo-brazo.

Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIONES

Durante años, el procedimiento tradicional de diagnóstico y tratamiento en las consultas médicas se ha realizado de una forma escalonada, tras una primera visita de valoración: anamnesis y exploración clínica, seguido de la solicitud de las pruebas complementarias para, a continuación, concertar una tercera visita de diagnóstico y tratamiento a la que sucedían las visitas de seguimiento.

La pandemia de la COVID-19 ha supuesto un elemento disruptor de la telemedicina. La medicina moderna demanda que los pacientes acudan a los centros sanitarios solo cuando realmente sea necesaria su presencia física. La necesidad de adaptar un modelo asistencial apoyado en la telemedicina y enfocado a consultas de alta resolución, obliga a que este

nuevo sistema sea compartido entre los gestores, sanitarios, el personal administrativo y la población general. Educar en el sistema organizativo permite conocer qué procesos necesitan valoración presencial, cuáles pueden ser resueltos de forma telemática, y cómo organizar las visitas de seguimiento de patología crónica en un formato de consulta de alta resolución. Los pacientes deben estar informados de las diferentes opciones y lo que cada una de ellas puede aportar.

Es el reto de todos, tomar conciencia que la población no conoce *a priori* el funcionamiento de los circuitos asistenciales y debe incorporarse a su formación sanitaria en aras de la mejor atención para cada problema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Zambrana-García JL. Las consultas ambulatorias de especialidades. Presente y perspectivas de futuro. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:257--9.
3. 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;63(8):414-42.
4. Tcherro H, Kangambega P, Briatte C, Brunet-Houdard S, Retali GR, Rusch E. Clinical Effectiveness of Telemedicine in Diabetes Mellitus: A Meta-Analysis of 42 Randomized Controlled Trials. *Telemed J E Health*. 2019;25(7):569-83.
5. Hu Y, Wen X, Wang F, Yang D, Liu S, Li P, Xu J. Effect of telemedicine intervention on hypoglycaemia in diabetes patients: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Telemed Telecare*. 2019 Aug;25(7):402-413.
6. Montijano Cabrera AM, Caballero Gueto J. La consulta de acto único en cardiología. *Rev Esp Cardiol*. 2007;7:C30--6.
7. Falces C, Sadurní 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;6.
8. García Soidán FJ, Hormigo Pozo A, Sanz Vela N. Protocolo de tele-consulta en paciente con DM tipo 2. Fundación redGDPS. doi: 10.26322/2013.7923.1505400600.04.
9. Gorgojo Martínez JJ, Zugasti Murillo A, Rubio Herrera MA, Bretón Lesmes I. Teleconsulta en endocrinología y nutrición en tiempos de la pandemia COVID-19 y más allá. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. https://www.seen.es/ModulGEX/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/1433/160620_105727_7128864936.pdf