

Consulta de alta resolución (CAR) de HTA: experiencia de un año

A. Covarsí, P. González, A. Barrera*, M. A. Suárez, S. Gallego y I. Castellano

Sección de Nefrología. *Coordinador de Calidad. Hospital S. Pedro de Alcántara. Cáceres.

Nefrología 2008; 28 (2) 193-197

RESUMEN

Se entiende como consulta de alta resolución (CAR) el proceso asistencial ambulatorio realizado en una sola jornada, en el que se establece el diagnóstico y tratamiento, después de realizar las pruebas complementarias. Una vez valorado el paciente es dado de alta y enviado nuevamente al médico que lo remitió. En el área sanitaria de Cáceres, con distancias superiores a los 100-120 km y una red viaria comarcal precaria la implantación de la CAR-HTA ha supuesto un importante ahorro de recursos sanitarios y económicos y es percibida por el usuario como altamente satisfactoria. Hemos realizado un estudio observacional de un año de nuestra CAR de HTA, en la que han sido valorados 90 pacientes, de los cuales el 74,4% procedían de atención primaria y el 25,6% de especializada. Una vez valorados 61 pacientes fueron dados de alta y derivados a atención primaria y 29 pacientes permanecieron en la consulta de Nefrología, justificado por HTA severa y/o rebelde en 11 casos y por afectación renal en otros 16 casos, dos están pendientes de pruebas. En relación con una consulta clásica en la que los pacientes necesitan 2 ó 3 consultas y 1 ó 2 días más para pruebas complementarias la CAR de HTA, en la que los pacientes son vistos en un solo día, supone un ahorro de 1 ó 2 consultas y 2 ó 4 desplazamientos para consultas y pruebas. En un año de CAR-HTA con 90 pacientes vistos, de los cuales 61 fueron dados de alta ha habido un ahorro de 212 ó 302 consultas y 302 ó 604 desplazamientos en comparación con la consulta clásica y la generación de 100-150 «huecos» para primeras visitas.

Palabras clave: Trasplante renal de donante vivo. Supervivencia. Comparación de resultados. Registro.

SUMMARY

By High Resolution Consultation (HRC) we mean an ambulatory process of assistance fulfilled in a single day, by which treatment and diagnosis are established after all complementary tests have been carried out. Once diagnosed, the patient is discharged and sent to the doctor who had previously remitted him/her. In the Cáceres sanitary area, with distances longer than 100-120 km and precarious local road communications, the introduction of hypertension (HTA) HRC has brought along important savings of sanitary and economical resources and it is perceived by the user as highly satisfactory. We have carried out an observational one-year study of our HCR-HTA, in which 90 patients have been evaluated, out of which 74.4% came from primary assistance and 25.6% from specialized assistance. Once diagnosed, 61 patients were discharged and sent to receive primary assistance and 29 were kept in our outpatient nephrology consultation, justified by severe and/or rebellious HTA in 11 cases and by renal failure in 16 cases; two of these patients are still being tested. Taking into account that in a traditional consultation a patient would need two or three visits and one or two days for complementary tests, our HTA-HRC (by which patients are tested and diagnosed in a single day), brings along savings of one or two consultations and two to four relocations for new consultations and diagnostic explorations. In one year of HTA-HRC with 90 patients, we have saved from 212 to 302 consultations and from 302 to 604 relocations in comparison to the traditional organization and we have thus generated from 100 to 150 places for first appointments.

Key words: Living donor renal transplant. Survival. Outcomes comparison. Registries.

INTRODUCCIÓN

Se entiende como consulta de alta resolución (CAR) o consulta única (CU) el proceso asistencial ambulatorio en el que en una única jornada queda establecido el diagnóstico junto con su correspondiente tratamiento, tras la realización de las exploraciones complementarias necesarias, quedando todo reflejado en un informe clínico¹. Una vez que el paciente es valorado se decide su remisión al médico que lo envió, generalmente el médico de atención primaria, pero también a otros especialistas hospitalarios

En la consulta única (CU) se realiza en una sola jornada la evaluación clínica y las pruebas complementarias pertinentes, con lo que se emite un diagnóstico y el tratamiento correspondiente². Su objetivo es realizar una aproximación diagnóstica

Correspondencia: Inés Castellano Cerviño
Hospital San Pedro de Alcántara
Av. Pablo Naranjo, s/n
10003 Cáceres. España
ines.castellano@ses.juntaex.es

y terapéutica en el menor tiempo posible, de ésta manera se consigue una mejora en la calidad asistencial al disminuir la relación entre consultas sucesivas y primeras³.

Al realizarse en el mismo día la anamnesis, exploración física, pruebas complementarias y emitirse el diagnóstico con su tratamiento, en relación con la consulta clásica se evita una segunda o tercera visita médica y 2 ó 4 desplazamientos por cada consulta.

El área sanitaria de Cáceres comprende una zona extensa con distancias máximas al hospital de 110-120 km (fig. 1). El Sistema Extremeño de Salud (SES) proporciona herramientas, como la asistencia por telemedicina y las consultas de alta resolución, que permiten una mejora continua de la calidad asistencial; el usuario de la CAR la percibe como satisfactoria al disminuir el número de desplazamientos y obtener en una única consulta el diagnóstico y tratamiento.

El objetivo principal de la CAR-HTA de Nefrología es estudiar las HTA asociadas a enfermedades renales o a diabetes, descartar las formas secundarias de HTA, analizar los factores de riesgo cardiovascular asociados y proponer el tratamiento; como objetivo secundario se plantea el diagnóstico y tratamiento de la HTA severa-rebelde y la realización de la MAPA⁴.

Este estudio observacional ha sido planteado con el objetivo de valorar los resultados de la CAR de HTA de la Sección de Nefrología del Hospital S. Pedro de Alcántara de Cáceres durante el periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2005 y el 1 de marzo de 2006.

MATERIAL Y MÉTODO

La Unidad de HTA de la Sección de Nefrología y la Dirección del Hospital consideraron conveniente, en el año 2004, la creación de una consulta de alta resolución o CU para atender a los pacientes derivados desde atención primaria (AP) y desde otros servicios del hospital (AE). Fue necesario coordinar con los servicios centrales la asistencia preferente a estos pacientes, en especial con los Servicios de Radiología, Laboratorio y Medicina Nuclear.

Las solicitudes de consulta de primeras visitas de HTA fueron valoradas, junto con el resto de peticiones de primeras visitas, por un médico nefrólogo (AC), que decide el día de consulta y realiza la solicitud de pruebas complementarias (hemograma, bioquímica elemental de sangre y orina de 24 horas, radiología de tórax, ECG, ecografía renal y filtrado glomerular en gammacámara). El paciente es citado en un plazo menor a un mes en la consulta de primeras visitas de HTA, con la petición de pruebas y las instrucciones correspondientes para presentarse a primera hora de la mañana en el hospital, seguir un itinerario prefijado y una vez realizadas todas las pruebas acudir a las 12 horas a la consulta de Nefrología-HTA.

En la consulta CAR se realiza la anamnesis, exploración física, y valoración de pruebas con lo que se llega al diagnóstico y se propone el tratamiento, que el paciente recibe en un informe médico escrito. Un porcentaje de pacientes requieren una segunda visita para nueva valoración diagnóstica o terapéutica, el resto son devueltos a su consulta de origen.

Se ha realizado un estudio retrospectivo con un periodo observacional de un año. Para su valoración fueron revisados los

informes de la CAR HTA de los pacientes asistidos entre el día 1 marzo de 2005 y el 1 de marzo de 2006.

Las distintas variables analizadas comprenden: edad, sexo, motivo de consulta, procedencia (atención primaria, servicio de urgencias o atención especializada), factores de riesgo cardiovascular, severidad de la hipertensión arterial (grados OMS), incidencia de insuficiencia renal (etiología y grado) y destino (primaria o especializada).

RESULTADOS

Entre el 1 de marzo de 2005 y el 1 del mismo mes de 2006 fueron vistos en la CAR-HTA 90 pacientes, 53 (58,8%) hombres y 37 mujeres. La edad media fue de 59,4 ± 23,1 años (de 24 a 89 años).

Sesenta y siete pacientes (74,4%) procedían de AP, mientras que el 25,6% de AE; el servicio hospitalario que mayor número de pacientes derivó fue el Servicio de Urgencias (11 pacientes). Veintinueve (32,2%) fueron derivados por HTA, sin especificar la causa, 20 casos por HTA y elevación de la creatinina plasmática, 20 por HTA rebelde, 11 por HTA y alteraciones del sedimento urinario, 8 por sospecha de forma secundaria y, finalmente 2 casos por HTA aparecida en el embarazo (tabla I).

Los factores de riesgo cardiovascular se muestran en la tabla 2, en el 30% apareció un factor de riesgo, siendo el más frecuente la dislipemia (en el 53,3%); el 30% presentaban dos, diecinueve pacientes (21,1%) tres, más de tres 11 (12%) y ningún factor en 6 casos (6,7%). Diabetes Mellitus se encontró en 11 pacientes, siendo la prevalencia de lesión de órgano diana y enfermedad cardiovascular asociada del 23,3% y 33,3% respectivamente.

Por sospecha de forma secundaria de HTA se derivaron 8 pacientes (5 con sospecha de hiperaldosteronismo primario, dos de HTA vasculorrenal y uno de HTA secundaria a feocromocitoma); se confirmaron tres casos de hiperaldosteronismo primario, dos secundarios a hiperplasia bilateral idiopática y el 3º pendiente de completar el estudio; en los restantes se concluyó como HTA esencial, cuatro grado I OMS y el 5º grado III de la OMS. De los pacientes restantes en 76 pacientes (84,4%) se diagnosticó HTA esencial, grado I OMS 34 casos, grado II en 12 y grado III en 31 casos; 2 casos se diagnosticaron como forma secundaria a causa parenquimatosa renal; en 4 (4,4%) pacientes la TA se consideró dentro del rango de la normalidad (en 2 casos tras realización de la MAPA).

De los pacientes HTA 28 presentaron insuficiencia renal (aclaramiento de creatinina inferior a 80 ml/m/1,73 m²),

Tabla I. Criterios de derivación a CAR-HTA. IR = insuficiencia renal

Criterio de derivación	N.º de casos	porcentaje
HTA	29	32,2%
HTA rebelde	20	22,2%
HTA e IR	20	22,2%
HTA y alteración en sedimento	11	12,2%
HTA secundaria	8	8,9%
HTA y embarazo	2	2,2%



Figura 1. Mapa sanitario de la provincia y del área sanitaria de Cáceres.

Tabla II. Factores de riesgo cardiovascular asociados

Factores de riesgo asociados	N.º de casos	Porcentaje
Dislipemia	48	53,3%
Obesidad	44	48,9%
Edad avanzada	42	46,7%
Tabaquismo	17	18,9%
Diabetes Mellitus	11	12,2%

4 casos en estadio 2, 22 en estadio 3 y 2 en el estadio 4. La causa de la insuficiencia renal se imputó a nefroangiosclerosis en 20 casos, nefropatía diabética en 4, nefropatía glomerular en 2 y no filiada en 2. Un paciente presentaba una insuficiencia renal funcional secundaria a tratamiento con inhibidores ECA y deshidratación.

Una vez atendidos en la CAR HTA 61 pacientes (67,8%) fueron dados de alta de la consulta de Nefrología; un 32,2% (29 casos) permanecieron en consulta, por HTA severa o sospecha de forma secundaria en 11 casos, 13 por insuficiencia renal, 3 por presentar nefropatía evolutiva y 2 se encuentran pendientes de resultados para concluir el estudio. Quince pacientes con insuficiencia renal fueron derivados a su MAP, los 4 pacientes con estadio 2 y 11 de los incluidos en estadio 3 (filtrado glomerular entre 40 y 60 ml/m/1,73 m²) con recomendación de monitorización de la función renal para valorar nueva derivación a la consulta de Nefrología.

En la consulta de alta resolución (CAR), en una única consulta, previa realización en la misma jornada de las pruebas complementarias, se llega al diagnóstico y con la propuesta terapéutica el paciente es dado de alta o derivado a consulta

sucesiva. En una consulta clásica (fig. 2), es necesario, al menos, 1 ó 2 consultas más y las correspondientes pruebas diagnósticas, por lo que supone 1 ó 2 consultas y 2 ó 4 desplazamientos más que en la CAR de HTA.

En nuestro caso, con 61 pacientes dados de alta, supone un ahorro de 61 consultas y 122 desplazamientos (consulta y pruebas), en el caso de ser dados de alta en la segunda visita y de 122 consultas (dos consultas) y 244 desplazamientos (dos para consultas y dos para pruebas), en el caso de haber necesitado una segunda consulta sucesiva y las pruebas complementarias respectivas.

Veintinueve (32,2%) continuaron en las consultas externas de Nefrología. Estos pacientes que continúan en consultas externas, al ser vistos en consulta única se han ahorrado 1-2 consultas y 3-4 desplazamientos, lo que supone 29-58 consultas menos y 58-116 desplazamientos.

Los 61 pacientes dados de alta, al no ser seguidos en consultas de especializada, han evitado visitas periódica cada 6 meses, es decir, 122 consultas y 244 desplazamientos menos anuales.

En total se han ahorrado 212 consultas (si son dados de alta a la 2ª consulta) o 302 (si son dados de alta a la 3ª consulta) y 302 desplazamientos (si son dados de altas en 2 consultas) o 604 (si son dados de alta en 3 consultas).

Teniendo en cuenta que la proporción de sucesivas/primeras debe ser de 2/1, al ahorrarse 212 ó 302 consultas sucesivas se generan 106 ó 151 «huecos» para posibles primeras visitas.

DISCUSIÓN

En un año de consulta CAR HTA se han visto 90 pacientes, de los cuales 61 (67,8%) fueron dados de altas tras la primera y única visita. Ello ha supuesto el ahorro de 212-302 consultas

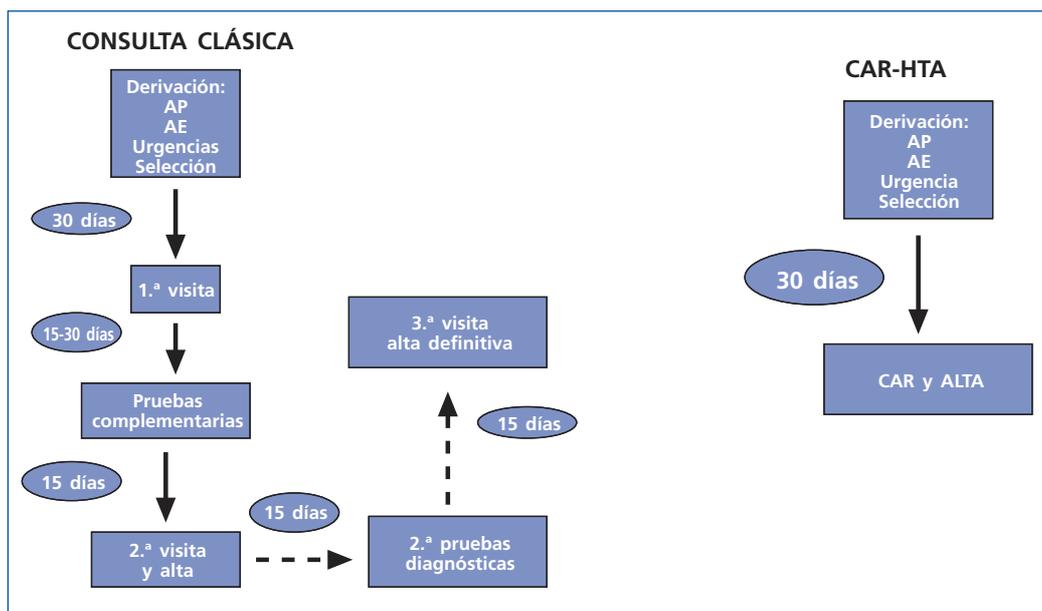


Figura 2. Esquema comparativo de consulta.

y de 302-604 desplazamientos de los usuarios; los 61 pacientes fueron dados de alta tras una jornada, en la que se realizaron las pruebas complementarias, la visita médica y recibieron un informe médico con el diagnóstico y la propuesta de tratamiento.

Veintinueve pacientes (32,2%) permanecen en la consulta de Nefrología por presentar patología que requiere atención especializada. Estos pacientes han evitado, al menos, una consulta cada uno y dos desplazamiento, es decir han generado un ahorro de 29 consultas y 58 desplazamientos.

En nuestra serie el factor de riesgo más prevalente fue la dislipemia (53,3%), superior a otras series^{5,6} seguido de la obesidad (48,9%) similar a otros^{5,6} y la edad superior a 55 años en mujeres y 65 años en hombres (46,7%). La diabetes mellitus se presentó en 11 pacientes (12,2%).

Lesión de los órganos dianas estuvo presente en el 28,9%, microalbuminuria en 10 casos, HVI en 13 pacientes y lesión neurológica (ACVa) en 3. Enfermedad cardiovascular asociada en 30 casos, cardiopatía isquémica en 8, ACV/AIT en 4, insuficiencia renal en 28, un caso de insuficiencia cardíaca y otro de arteriopatía periférica (varios pacientes presentaron más de una patología).

El área sanitaria de Cáceres atiende a unos 200.000 habitantes y es especialmente extensa, con el hospital situado a 100-120 km de los pueblos más distantes. El SES ha puesto en marcha dos herramientas de gestión que procuran la mejora de la accesibilidad del paciente a la asistencia sanitaria, la Telemedicina, permitiendo atender a los pacientes como visitas sucesivas en Centros de Salud próximos a la estación emisora de Telemedicina y las consultas de alta resolución (CAR), que consiguen la atención a las primeras visitas en consultas únicas, con el ahorro de desplazamientos y la consiguiente satisfacción del usuario. La CAR de HTA constituye una mejora continua en la asistencia sanitaria, reduciendo la relación sucesivas/primeras, mejorando los costes directos e indirectos, creando «huecos» para otras posibles primeras visitas y disminuyendo el tiempo en lista de espera.

La experiencia ha mostrado cómo las CAR mejoran la calidad científico-técnica, la calidad relacional percibida por el usuario y la calidad de organización y gestión con una optimización de recursos y abaratamiento de los costes por procesos³.

En nuestra experiencia, al tratarse de una patología concreta y tras años de colaboración en la asistencia con los médicos de atención primaria hemos podido evitar la visita de selección y tras valorar la solicitud realizada desde AP citamos a los pacientes directamente para las pruebas y a continuación realizamos la consulta CAR.

No tenemos conocimiento de otra consulta CAR destinada a pacientes con HTA, puesto que la referencia del Hospital del Alto Guadalquivir⁷ no figura expresamente dicha patología ni la especialidad de Nefrología. Pensamos que es de suma utilidad porque nos permite en una sola jornada evaluar, diagnosticar y proponer el tratamiento de la mayoría de los pacientes hipertensos.

Coincidimos con J. Gervas y L. Palomo⁸, que en ocasiones sean consultas «excesivas» y que la derivación desde atención primaria no se ajuste a criterios de derivación estrictos y que lleven implícitos una disminución de la complejidad de la patología⁹, pero ante la falta de un consenso para la derivación primaria/especializada la variabilidad de la derivación es amplia y entendemos que en éstos casos la consulta de alta resolución origina un mayor porcentaje de altas de la consulta hospitalaria y en un área extensa ahorra claramente los desplazamientos y la pérdida de jornadas laborales de paciente y/o acompañante.

También aceptamos que pueda haber, como manifiestan Pérez-Fernández y Gervas¹⁰, cierto encarnizamiento diagnóstico y estamos valorando la utilidad de todas y cada una de las pruebas, en especial del filtrado glomerular en gammacámara.

Finalmente, coincidimos con Zambrana⁷, que para la implantación de este tipo de consultas es necesario la mentaliza-

ción de los profesionales implicados, que son los primeros que deben creérselos, y concienciar a otros profesionales del hospital, especialmente a radiólogos, bioquímicos y directivos, de la conveniencia de programarlas como consultas preferentes, y que además mejorarían ostensiblemente con la participación activa de los médicos de atención primaria en la elaboración de protocolos de derivación a la CAR de HTA.

Agradecimientos a los entonces subdirector médico, Jaime Corral, coordinador de admisión Juan Carlos Escudero y, especialmente a Antonio Barrera, coordinador de calidad, por la ayuda prestada en la creación de la CAR de HTA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zambrana JL. Consultas ambulatorias de atención especializada. Presente y propuestas de futuro. *Med Clin (Barc)* 2004; 123 (7): 257-259.
2. Montijano AM, Zambrana JL, Amat M, Delgado M. Grado de satisfacción de los pacientes beneficiados de un sistema de «consulta única» en cardiología. *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18 (8): 650-654.
3. González de Dios J. Consulta única (o de alta resolución) en Pediatría Hospitalaria y en Atención Primaria: un instrumento de mejora en la calidad asistencial. *Revista Pediatría de Atención Primaria* 2005; VII: 21-31.
4. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH- LELHA). Guía sobre el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión arterial en España. *Hipertensión* 2002; 19 (3): 17-24.
5. Álvarez-Salas LA, Suárez C, Mantilla T, Franch J, Ruilope LM, Bane-gas JR y Barrios V. Estudio Prevenat: control del riesgo cardiovascular en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2005; 124 (11): 406-410.
6. Jonhson ML, Pites K, Battleman DS and Beyth RJ. Prevalence of comorbid hypertension and dyslipemia and associated cardiovascular disease. *Am J Manag Care* 2004; 10: 926-932.
7. Zambrana JL, Jiménez-Ojeda B, Martín M y Almazán S. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias. *Med Clin (Barc)* 2002; 118 (8): 302-305.
8. Gervas J, Palomo L. ¿Alta o excesiva resolución? *Med Clin (Barc)* 2002; 119 (8): 45.
9. San Román C, Gómez R, Sanz J, Viciano P. Consulta única, ¿es la única y mejor solución? *Med Clin (Barc)* 2002; 119 (15): 597.
10. Pérez-Fernández M, Gervas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clin (Barc)* 2002; 118 (2): 65-67.