

La consulta de acto único en cardiología

Ángela M. Montijano Cabrera^a y Julia Caballero Güeto^b

^aServicio de Cardiología. Hospital de Montilla. Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. España.

^bServicio de Cardiología. Hospital San Cecilio de Granada. España.

El modelo de consulta de alta resolución está en expansión. La cardiología es una de las especialidades que más se beneficia de ella. El sistema está avalado por inudables ventajas, en especial, la agilidad en la estrategia diagnóstico-terapéutica. Sin embargo, no debe considerarse un modo exclusivo de asistencia especializada. Puede y debe coexistir con la asistencia tradicional, pues ciertas exploraciones no son subsidiarias de alta resolución. Además, pueden surgir limitaciones en la implementación del modelo y/o en sus resultados, debido a la escasez de recursos, a una inadecuada organización de éstos, o a la reducida rentabilidad de determinadas exploraciones en enfermedades concretas. No se puede considerar una limitación la necesidad de seguimiento posterior de los pacientes, ya que éste nada tiene que ver con la capacidad resolutoria del modelo y se realiza de forma similar a las consultas tradicionales.

Palabras clave: Consulta de alta resolución. Cardiología.

One-Stop Consultation in Cardiology

The use of one-stop consultations is growing. Cardiology is one of the specialties that will benefit most from it. The approach has undoubted advantages, such as, in particular, the speed of the diagnostic and therapeutic processes. Nonetheless, this approach should by no means be considered the only way of providing specialized care. It can and should coexist with traditional care since some investigations cannot be incorporated into the one-stop consultation model. Furthermore, the implementation of this approach or of its findings may be limited by a lack of resources, poor organization, or the low cost-effectiveness of particular investigations into certain conditions. The need for subsequent follow-up in patients should not be considered as a limitation of the approach since it does not affect its decision-making ability. Moreover, follow-up can take the same form as it would with traditional consultations.

Key words: One-stop consultation. Cardiology.

INTRODUCCIÓN

El proceso de modernización que está experimentando el Sistema Sanitario Público español durante los últimos años ha llevado implícitos cambios importantes en la asistencia ambulatoria especializada, cuya funcionalidad se ha potenciado de manera significativa. Estas modificaciones son en su mayoría de índole organizativa y se han ensayado diversas propuestas¹⁻³ para, finalmente, prevalecer una fórmula que, aunque no está exenta de limitaciones, se muestra capaz de dar más y mejores respuestas a los problemas de nuestra sanidad: la consulta de acto único (CAU) o consulta de alta resolución⁴. El fundamento de este modelo consiste en que todas las actuaciones médicas necesarias son

llevadas a cabo en una sola jornada (fig. 1); esto no quiere decir que se realice una única consulta pues, de hecho, suele ser necesario visitar al paciente más de una vez cuando se ha indicado la realización de exploraciones complementarias.

Sin duda, la novedad es la rapidez con que se ofrece una solución al problema médico planteado, hecho que ha sido percibido con optimismo por profesionales⁵ y usuarios^{6,7}, y que poco o nada tiene que ver con las demoras que resignadamente hemos soportado durante años. Todo ello ha favorecido la difusión del sistema de CAU⁸ y, en la actualidad, son ya numerosos los hospitales que la han incorporado en diferentes especialidades^{5,9-15}. Lógicamente, la implementación y la adaptación de este nuevo modelo de gestión de las consultas especializadas no es ni se pretende igual en todos los centros hospitalarios ni en todas las especialidades, ya que tanto la capacidad de renovación de cada uno como las necesidades particulares y las ex-

Correspondencia: Dra. A.M. Montijano Cabrera.
Avda. Dr. Fleming, 4, 2.º 3. 14004 Córdoba. España.
Correo electrónico: amontijano@terra.es

ABREVIATURAS

CAU: consulta de acto único.
IC: insuficiencia cardiaca.

pectativas de la población asistida son muy heterogéneas^{6,16}. A grandes rasgos, diferenciamos dos tipos de CAU: por un lado, el que se desarrolla en hospitales que funcionan en su totalidad según un sistema de alta resolución, y por otro, el que se pone en marcha en un hospital tradicional de nuestro Sistema Sanitario Público en el que se realizan de manera simultánea las consultas convencionales con las de acto único.

Los cardiólogos, frente a otros especialistas, gozamos del privilegio de poder realizar, dentro de nuestra misma especialidad, la mayoría de las exploraciones complementarias que necesitamos para dar respuesta a los pacientes que acuden a nuestra consulta. Esta circunstancia convierte a nuestra especialidad en una de las más adecuadas para analizar con objetividad el modelo de CAU⁵, ya que está exenta de la potencial influencia –positiva o negativa– que pudiera ejercer la diversa colaboración de otros servicios, que no necesariamente están adheridos a este sistema^{17,18}. Por ello, describimos la experiencia de una consulta de cardiología de alta resolución que goza hoy de una significativa trayectoria.

CONSULTA DE ACTO ÚNICO EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN

El primer hospital público español que puso en marcha el sistema de CAU fue el Hospital Alto Guadalquivir

vir, que en 1999 lo incorporó en todas las especialidades. Sus resultados iniciales han sido ya publicados^{4,5,9-12}. Los beneficios obtenidos han determinado no sólo la permanencia del modelo, sino también su implementación en los sucesivos centros adscritos a éste, de manera que en la actualidad podemos afirmar que los hospitales de la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir concentran una de las experiencias más prolongadas y mejor establecidas al respecto, dentro del Sistema Sanitario Público Nacional. Presentamos conjuntamente los datos correspondientes a los dos principales hospitales de esta Empresa, el Hospital Alto Guadalquivir de Andújar, en Jaén, y el Hospital de Montilla, en Córdoba, desde la implementación del modelo en 1999 en el primero y desde su apertura en 2004 en el segundo, y en ambos casos hasta abril de 2006.

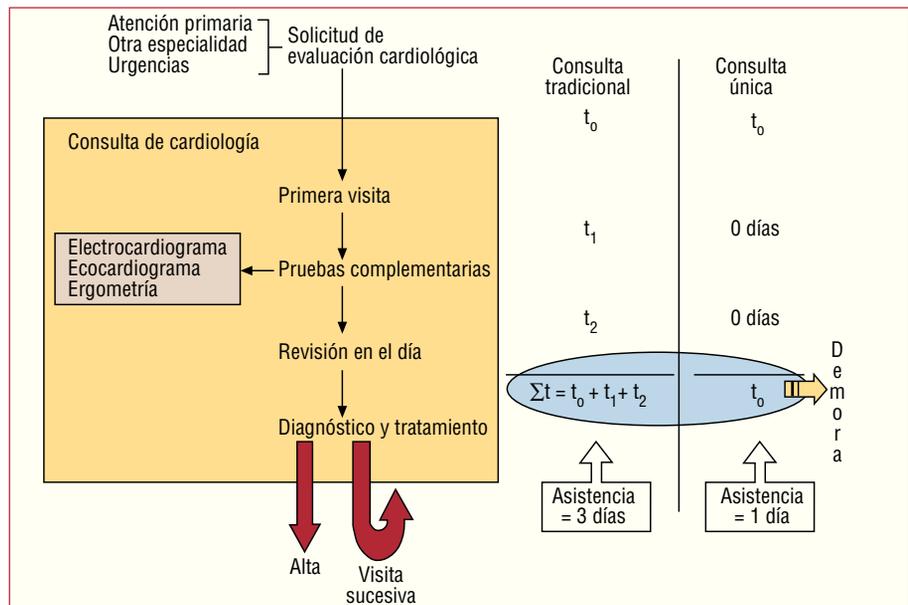
Resultados obtenidos en la consulta

El hallazgo global más relevante en el análisis longitudinal de la CAU en cardiología es la persistencia de los resultados publicados con anterioridad⁵.

Seguramente, uno de los objetivos más perseguidos es obtener una tasa elevada de CAU, pues este concepto da una idea de la capacidad resolutoria del sistema. Nosotros encontramos que el porcentaje de CAU en relación con la cifra de primeras visitas crece globalmente en el tiempo (fig. 2), lo que explicamos por la progresiva adaptación de los profesionales al nuevo modo de trabajo. Como se publicó con anterioridad⁵, el aumento de las CAU no ha incidido negativamente en el volumen asistencial global de las consultas ni en la demora para una primera visita (datos no presentados).

Fig. 1. Esquema ilustrativo del modelo de alta resolución. La consulta de acto único (CAU) se define como el acto asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico junto con su correspondiente tratamiento, tras la realización de las exploraciones complementarias necesarias, quedando todo reflejado en un informe clínico, y siendo realizadas estas actividades en una sola jornada y en un tiempo aceptado por el usuario tras recibir la información oportuna⁵.

t = tiempo; t₀ = demora hasta la primera visita; T₁ = demora hasta la realización de pruebas complementarias; T₂ = demora hasta la revisión con los resultados de las exploraciones realizadas. Tomada de Montijano A et al⁹.



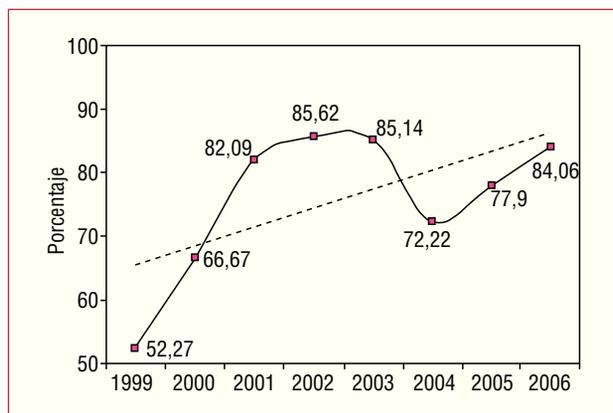


Fig. 2. Evolución de la tasa de consultas de acto único (CAU). La línea de tendencia es creciente; sin embargo, en la gráfica se registra una súbita reducción de la cifra coincidente con una reestructuración de las agendas y un aumento del número de primeras visitas diarias sin prolongación de la jornada ni aumento de los recursos, debiendo los facultativos asumir una mayor carga asistencial que imposibilita la realización de pruebas complementarias en el mismo día en un porcentaje de los pacientes atendidos; posteriormente se ha retomado la curva inicialmente ascendente de CAU.

Otro dato característico es que, a pesar del mayor número de primeras visitas, la representación de éstas en el cómputo global de la consulta disminuye de manera progresiva (fig. 3) debido al incremento proporcionalmente mayor de las revisiones. De éstas, un número importante es generado el mismo día por las primeras visitas (tras la realización de pruebas) (fig. 4), la mayoría de las cuales corresponden a pacientes en quienes finalmente se realizó una CAU. Otro grupo creciente de revisiones son las programadas; es lógico entender este hecho si se tiene en cuenta el perfil de los pacientes cardiopatas, que son en su mayoría crónicos y no pueden ser dados de alta a pesar de obtener una CAU. En este sentido, hay que recordar que la capacidad resolutoria del modelo de alta resolución viene dada por la obtención de un diagnóstico y la consiguiente prescripción de tratamiento, y nada tiene que ver con el destino del paciente. Lo que sí debe ocurrir, si el perfil de los pacientes atendidos es homogéneo en el tiempo, es que la proporción de pacientes que son dados de alta se mantenga (fig. 5) y no disminuya, es decir, que no permanezcan innecesariamente en el sistema pacientes con procesos no crónicos cuyo problema debe ser resuelto con agilidad.

Planificación de la consulta

Es evidente que, al menos desde un punto de vista teórico, la cardiología constituye una de las especialidades más proclives a beneficiarse del sistema de CAU⁶. Sin embargo, la realidad muestra, en algunos casos, serias dificultades para su incorporación, de manera que algunos intentos se han enlentecido en

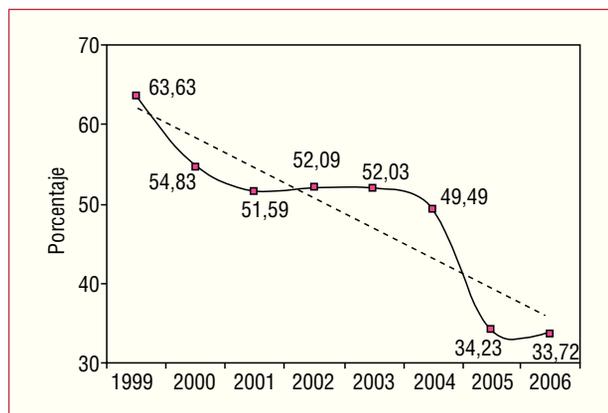


Fig. 3. Representación de la proporción de primeras visitas en el balance global de visitas realizadas en la consulta. Se observa una drástica reducción a la mitad, debido al proporcional incremento de revisiones.

exceso y otros se han visto frustrados por distintas causas.

Para quienes deseen adoptar esta iniciativa y poner en marcha un sistema de alta resolución, proponemos que el punto de partida sea siempre un minucioso análisis de las necesidades y demandas de su población, así como de la capacidad potencial de reconversión del modelo vigente en uno de alta resolución. Desde aquí deberá iniciarse un proceso variable de acuerdo con las circunstancias concretas, pero en el que siempre es imprescindible una predisposición favorable de todos los estamentos profesionales y servicios que puedan estar implicados. No es necesario que todo el hospital asuma simultáneamente la CAU y, aunque esta condición resultará siempre favorable, el modelo es aplicable a una o a múltiples especialidades de un hospital y, además, es compatible y puede coexistir con otras consultas tradicionales sin perjuicio de éstas.

Los requerimientos mínimos para una consulta de alta resolución de cardiología son un cardiólogo, un enfermero, un electrocardiógrafo, un ecocardiógrafo y un ergómetro, todos ellos disponibles para la práctica totalidad de hospitales. Respecto al diseño concreto, sirva de ejemplo el empleado en los hospitales que presentamos⁵⁻⁷. Cada uno de ellos atiende a una población en torno a 60.000-65.000 habitantes, ambos cuentan con 2 cardiólogos que reciben entre 1.000 y 1.500 primeras visitas anuales por centro. La organización de las agendas de las consultas se ha revisado en varias ocasiones y se ha modificado a lo largo de los años de funcionamiento hasta encontrar una fórmula que evita el incremento de las listas de espera, y que no es otra que la flexibilidad asistencial: en la actualidad, cada facultativo atiende diariamente hasta 8 pacientes nuevos (cifra que se modifica en función de la tasa de derivaciones), a los que realiza las exploraciones complementarias pertinentes —en su mayoría ecocardiogramas transtorácicos y pruebas de esfuerzo—; además,

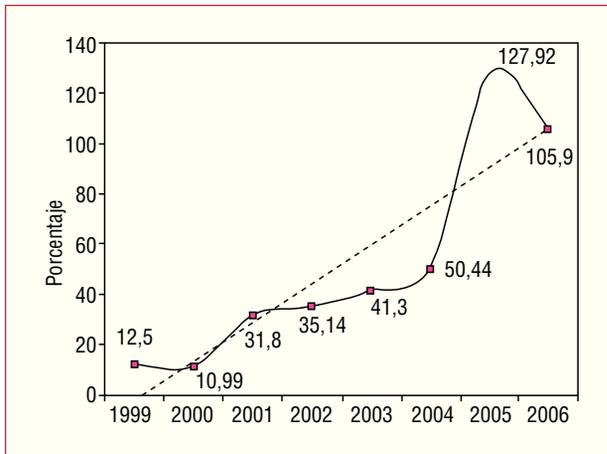


Fig. 4. Proporción de revisiones en el día tras la realización de exploraciones complementarias, en relación con la cifra total de primeras visitas. La gráfica es creciente, similar a la tasa de consultas de acto único (CAU).

atiende un promedio de 5 revisiones. Un día por semana se dedica sólo a realizar exploraciones complementarias (ambulatorias) y revisiones. Esta actividad se distribuye como sigue: la jornada se inicia con las primeras visitas, con una cadencia de citación de unos 15-20 min, que permitirá una evaluación inicial con exploración física y electrocardiograma, que pueden ser suficientes para esbozar un diagnóstico (CAU sin pruebas). Posteriormente se realizan las exploraciones complementarias (cardiológicas, analíticas o radiológicas) indicadas, cuyos resultados se verán a continuación, lo que permitirá finalizar la estrategia diagnóstica en la mayoría de los pacientes (CAU con pruebas); sólo una minoría persistirá sin diagnóstico en este punto (no CAU). La última fracción de la jornada se destina a las revisiones programadas. Además, diariamente se realizan unas 2-3 pruebas adicionales no programadas, a instancias de otras especialidades.

Pero este modelo no es el único. Como quiera que el diseño concreto en cada centro depende siempre de los recursos disponibles y de las peculiaridades de cada población, se entiende que las posibilidades son innumerables. Así, en algunos centros hay cardiólogos dedicados exclusivamente a la CAU, y otros, en cambio, deben compatibilizar su actividad con la asistencia hospitalaria y/o con consultas tradicionales. En ocasiones, el mismo especialista atiende al paciente y lleva a cabo las pruebas complementarias y, en otras, ambas actuaciones corresponden a diferentes profesionales. Pueden variar también la población de referencia, la tasa de derivaciones, el número de facultativos disponibles, etc. Todo ello, lógicamente, obligará a estructurar la consulta de diferente manera.

Pese a esta heterogeneidad, hay un aspecto coincidente en la mayoría de los hospitales: llevan años funcionando con un sistema tradicional y agendas satura-

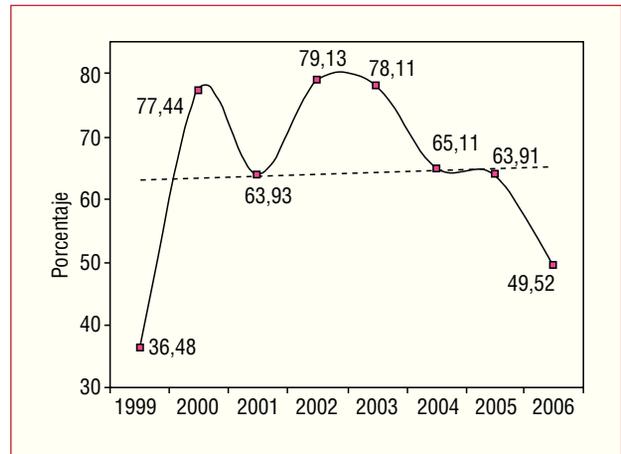


Fig. 5. Tasa de altas generadas desde la consulta. La línea de tendencia es prácticamente horizontal, lo que significa que globalmente la cifra se mantiene constante, con oscilaciones atribuibles a las características concretas de los pacientes atendidos en cada momento.

das que dificultan cualquier nuevo proyecto. Para ellos, la mejor opción de incorporar la CAU consiste en planificar una estrategia paulatina, restringida en su inicio a pocos pacientes, y con una oferta asistencial progresivamente más amplia, a medida que la capacidad resolutoria del modelo de alta resolución descongestione sus listas de espera.

Por último, todo proyecto de implementación de una consulta de alta resolución debe contar con suficiente flexibilidad que le permita adaptarse a potenciales oscilaciones en su actividad, siempre que éstas no sean extremas.

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA CONSULTA DE ACTO ÚNICO

Con toda la información expuesta, parece lógico entender que se promueva la creación de nuevas CAU en diferentes hospitales, especialmente si también se tienen en cuenta otras ventajas adicionales que han sido antes comunicadas⁵, como una importante reducción de los costes personales y económicos, o la relativa facilidad (al menos teórica) de su puesta en marcha.

Para el caso concreto de la cardiología, además, el perfil de los pacientes atendidos en las consultas, que en su mayoría presentan procesos estables y/o banales, permite esbozar el diagnóstico con pruebas sencillas o incluso sin ellas, dejando patente la factibilidad del modelo. En estos casos, la CAU se muestra de gran utilidad al permitir realizar un filtrado rápido de los problemas cardiológicos relevantes.

Pero no todo son parabienes. La CAU ha sido también criticada. Algunos autores^{19,20} cuestionan la utilidad del sistema, aludiendo a que la promoción de las bondades del modelo puede inducir un exceso de fre-

cuentación o derivación de pacientes con enfermedades muy pocas veces complejas, para los cuales resulte innecesario disponer de un modelo aparentemente tan sofisticado. Sin embargo, publicaciones anteriores en relación con la población presentada en este manuscrito demuestran que la implementación de este sistema no incide en manera alguna en la tasa de derivaciones ni en las características de los enfermos que son remitidos a estas consultas⁵⁻⁷.

Lo que sí hay que admitir es que pueden surgir algunos inconvenientes a la puesta en funcionamiento de una CAU o la obtención de unos resultados favorables⁵. En muchos hospitales, la principal objeción responde a la escasez de recursos disponibles y a la habitual saturación de las agendas de las consultas existentes, ya que la necesaria realización de exploraciones no programadas supone un exceso de trabajo que no siempre es asumible; no obstante, esta sobrecarga suele ser constante y previsible. Otras veces, el paciente rechaza esperar unas pocas horas¹⁷, no acude en las condiciones necesarias para realizar ciertas pruebas, o éstas no pueden llevarse cabo en el mismo día, circunstancias todas ellas que retrasan la estrategia diagnóstica.

En ocasiones, la limitación viene dada por la naturaleza de los estudios indicados. En este sentido, se presupone que se cuenta con tecnología adecuada, tiempo de ejecución de las exploraciones y personal entrenado para obtener un máximo rendimiento de ellas, pues en caso contrario puede fallar la consecución de un diagnóstico certero.

Puede también ocurrir que la propia enfermedad o el motivo de consulta restrinjan la posibilidad de obtener una CAU. Un ejemplo lo encontramos en el estudio del dolor torácico. En este caso, la herramienta más importante es la ergometría, cuya incapacidad diagnóstica en determinados supuestos puede dejar sin filiación a un porcentaje de pacientes si no se conjuga adecuadamente con una buena historia clínica. En general, para una adecuada valoración del paciente, antes de tomar decisiones médicas es imprescindible conocer la sensibilidad y especificidad de cada prueba realizada (electrocardiografía, ecocardiografía, ergometría) para el cribado de una enfermedad determinada, e interpretar sus resultados de manera conjunta con la evaluación clínica, y no en sustitución de ésta.

Globalmente, la sensibilidad de la prueba de esfuerzo es baja, entre el 25 (enfermedad monovaso) y el 81% si se dan las condiciones óptimas de capacidad física y respuesta cronotrópica^{21,22}. Ocurre, especialmente en la población femenina, que la comorbilidad y el deterioro funcional impiden alcanzar grados máximos de ejercicio y frecuencia cardiaca que, a menudo, determinan resultados no concluyentes, lo que puede tener trascendencia clínica y pronóstica; así, no es excepcional que nuestras pacientes realicen esfuerzos

reducidos, a veces inferiores a 5 equivalentes metabólicos (MET) (población WISE el 43%), y estos resultados se asocian con una elevada tasa de eventos coronarios y muerte. Pero incluso los pacientes que efectúan grados submáximos de ejercicio sin evidencia de isquemia miocárdica inducible pueden en ocasiones permanecer sin una confirmación diagnóstica tras realizar una prueba de esfuerzo. Si a ello se añaden datos como que la prevalencia de la enfermedad cardiovascular es del 31-50% en > 45 años y del 65-79% en > 65 años^{23,24}, y que la presencia de coronariopatía en mujeres > 55 y 65 años es del 46 y el 65% aun con angina atípica o ausencia de dolor²⁵⁻²⁸, cabría cuestionarse el papel de la prueba de esfuerzo como único método diagnóstico en los pacientes con dolor torácico. En este sentido, la edad promedio de los pacientes atendidos en nuestras consultas se sitúa en torno a 63 años, el riesgo basal estimado para ellos suele ser intermedio-alto (datos no presentados) y, a pesar de ello, muchos son dados de alta de la consulta sin planificar un seguimiento cardiológico ulterior. Esto se explica porque la interpretación conjunta de la ergometría con la historia clínica y el electrocardiograma basal permiten estimar en estos casos una probabilidad reducida de presentar eventos coronarios y, en todo caso, siempre se aconseja un estilo de vida saludable y un adecuado seguimiento y control del riesgo cardiovascular a instancias de la atención primaria.

En relación con la cardiopatía, como hemos apuntado con anterioridad, los aspectos que no deben considerarse inconvenientes o limitantes del modelo son la cronicidad de las enfermedades atendidas, la imposibilidad de lograr el control clínico o la resolución de un evento clínico determinado mediante la asistencia en una sola jornada; en definitiva, la imposibilidad de dar de alta a los pacientes. Esta circunstancia ocurre, por ejemplo, en los pacientes que acuden por disnea. En ellos, la CAU permite descartar una causa cardiológica del síntoma o establecer un diagnóstico clínico de insuficiencia cardiaca (IC), así como conocer si hay una cardiopatía estructural e iniciar el tratamiento pertinente. En un porcentaje de pacientes, además, puede determinar la etiología del proceso. No obstante, aunque todo ello sea factible, la CAU debe siempre complementarse con ulteriores revisiones encaminadas a la titulación de tratamientos o a la evaluación de la respuesta terapéutica. Además, con independencia de que las exploraciones realizadas en una CAU conduzcan o no al diagnóstico, y de la necesidad de realizar un seguimiento posterior, pueden precisarse otras pruebas que conceptualmente no pueden contemplarse en una CAU, como el Holter-ECG, el cateterismo cardiaco, el estudio electrofisiológico, etc. En definitiva, el modelo de alta resolución nunca debe considerarse como la única forma de asistencia especializada, y siempre debe coexistir en cierto grado con la asistencia tradicional. Otra cosa bien distinta es que este hecho sirva

de excusa para quienes, de forma injustificada, rehúsen su implementación y, con ello, ofrecer una atención más ventajosa a los pacientes cardiológicos que puedan beneficiarse de la CAU.

En otro orden de cosas, las elevadas cifras de CAU alcanzadas pueden incidir negativamente en aquellos pacientes en quienes no es posible obtenerla, con independencia de las circunstancias que lo justifiquen. Ello suele explicarse por unas expectativas a priori elevadas que no se ven cumplidas y determinan un grado de frustración y ansiedad también importantes. Y ello nada tiene que ver con el riesgo que para la salud suponga la demora en la estrategia diagnóstica, y que suele ser desconocido para el paciente. Esta situación debe manejarse con cautela, con una información adecuada al enfermo, una orientación diagnóstica a la espera del diagnóstico definitivo y, si es necesario, con la instauración de un tratamiento inicial que, al menos, palie los síntomas.

Por último, las CAU suelen ser muy bien valoradas por los enfermos^{6,7} y no sólo porque se atiende a su problema de salud, sino también, y en ocasiones en mayor medida, porque reciben también un excelente trato personal. Sin embargo, esta circunstancia, sin duda importante y hasta necesaria, no debe nunca suplir una minuciosa evaluación clínica y una correcta indicación de las pruebas complementarias necesarias, que debe realizarse sobre la base de las normas establecidas, sin caer en su abuso injustificado que suele derivarse de la dotación tecnológica superior a las consultas tradicionales, de la solicitud del paciente o de la intención única de satisfacerle. Estas circunstancias conducirían irremediabilmente al fracaso del sistema.

Incertidumbres del modelo de consulta de acto único en la actualidad

Después de varios años de experiencia con el sistema de CAU, y tras el análisis de los resultados presentados, sin embargo, sigue habiendo aspectos no aclarados. La experiencia presentada se refiere a hospitales que son pequeños y, además, trabajan en su totalidad con CAU. Por ello, las repercusiones sobre otras especialidades, la necesidad y duración de las hospitalizaciones e incluso la solicitud de otro tipo de exploraciones no contempladas en un modelo de alta resolución no pueden ser extrapolables a hospitales de nivel superior. En nuestros centros, en relación con la etapa pre-CAU, no ha habido perjuicio en este sentido, pero también es cierto que, por nuestras condiciones particulares, tampoco esperábamos un resultado diferente⁵. En relación con otros hospitales, sería interesante conocer esta información, aunque hasta la actualidad no disponemos de publicaciones al respecto, quizá porque la trayectoria de las CAU en hospitales de tercer nivel es aún reducida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanchís-Bayarri V, Rull S, Moral L, García E, Aparisi J, Escandón J. Consulta de orientación de pacientes: una iniciativa para reducir listas de espera. *Med Clin (Barc)*. 2003;203:133-5.
2. Capell S, Comas P, Piella T, Rigau J, Pruna X, Martínez F, et al. Unidad de diagnóstico rápido: un modelo asistencial eficaz y eficiente. Experiencia de 5 años. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:247-50.
3. Grupo para la Asistencia Médica Integrada y Continua de Cádiz (GAMIC). La consultoría de medicina interna en atención primaria mejora la eficiencia de la atención médica. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:46-52.
4. Plan Funcional Hospital Alto Guadalquivir. Sevilla: Conserjería de Salud. Junta de Andalucía; 1998.
5. Montijano A, Zambrana J, Amat M, Velasco MJ, Adarraga MD, Rosa F, et al. Aplicabilidad y aportaciones del sistema de consulta única en cardiología. *Rev And Cardiol*. 2003;38:69-76.
6. Montijano A, Rosa-Jiménez F, Rubio JM, Monrobel A, Chicano M, Peña JA, et al. Análisis comparativo de la opinión de los pacientes en las consultas de cardiología de dos hospitales de alta resolución. *Rev And Cardiol*. 2005;40:163-8.
7. Montijano A, Zambrana J, Amat M, Delgado M. Grado de satisfacción de los pacientes beneficiados de un sistema de «consulta única» en cardiología. *Rev Calidad Asistencial*. 2003;18:650-4.
8. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/gestion/ges120601.com.html> [accedido 3 May 2005].
9. Ruiz-Arranz JL, Ruíz-Romero JA, Álvarez-Villalón J. La consulta única como instrumento de mejora de la calidad asistencial, en cirugía ortopédica y traumatología. *Todo Hospital*. 2001;111:375-9.
10. Zambrana JL, Ojeda B, Marín M, Almazán S. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a la consulta ambulatoria tradicional. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:302-5.
11. Bravo JM, Zambrana JL, Ruiz Romero JA, Velasco MJ, Rosa F, Amat M. Consulta única en neumología: impacto en los tiempos de espera frente a una consulta externa convencional. *Neumolog. 2002;14:187-92.*
12. Puente JJ, Rodríguez-González, Bernal E, Zambrana JL. La consulta de alta resolución en digestivo. *Rev And Pat Digest*. 2003;26:23-7.
13. Bermudo I, Basilio Y, López-Ceres A, Juan F. Análisis y puesta en marcha de un modelo de alta resolución en cirugía máxilofacial. *Rev Esp Ciruj Oral y Maxilofac*. 2004;25:335-40.
14. Queipo JA, Moral A, Beltrán JF, Marco A, Borrell A, Chicote F. La asistencia urológica en el Centro Sanitario Integral «Alto Palanca»: modelo de integración primaria-especializada y consulta única. *Actas Urol*. 2005;29:305-10.
15. 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. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005;7:21-31.
16. Herranz B. Las consultas de alta resolución. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003;5:9-12.
17. Rosa-Jiménez F, Zambrana JL, Velasco MJ, Adarraga D, Martos L, Marín M. Análisis de los tiempos de demora en un programa de consulta única. *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17:378-9.
18. Rosa-Jiménez F, Martos L, Montijano A, Zambrana JL, Adarraga MD. Impacto de los sistemas automatizados en un modelo de consulta de alta resolución. *An Med Interna*. 2005;22:511-4.
19. Gervás J, Palomo L. ¿Alta o excesiva resolución? *Med Clin (Barc)*. 2002;119:315.
20. San Román C, Gómez-Huelgas R, Sanz J, Viciano P. Consulta única, ¿es la única y mejor solución? *Med Clin (Barc)*. 2002;119:596-9.
21. Chaitman BR. Exercise Stress Testing. Braunwald's Heart Disease. 7th ed. Philadelphia: Elsevier-Saunders; 2005. p. 153-86.
22. Goraya TY, Jacobsen SJ, Pellikka TA, Miller TD, Khan A, Weston SA, et al. Prognostic value of treadmill exercise testing in elderly persons. *Ann Intern Med*. 2000;132:862-70.

23. Gaziano JM. Global burden of cardiovascular disease. Braunwald's heart disease. 7th ed. Philadelphia: Elsevier-Saunders; 2005. p. 1-19.
24. Schwartz JB, Zipes DP. Cardiovascular disease in the elderly. Braunwald's heart disease. 7th ed. Philadelphia: Elsevier-Saunders; 2005. p. 1925-50.
25. Shaw LJ, Merz CN, Pepine CJ, Reis SE, Bittner V, Kelsey SF, et al. Insights from the NHLBI-sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study. Part I: gender differences in traditional and novel risk factors, symptom evaluation, and gender-optimized diagnostic strategies. *J Am Coll Cardiol.* 2006;47 Suppl A:4-S20.
26. Shaw LJ, Olson HB, Kip K, Kelsey SF, Johnson BD, Mark D, et al. The value of estimated functional capacity in estimating outcome: the NHLBI-sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) study. *J Am Coll Cardiol.* 2006;47 Suppl A:S36-43.
27. Kwok YS, Kim C, Segal M, Grady D, Redberg RF. Meta-analysis of exercise testing to detect coronary artery disease in women. *Am J Cardiol.* 1999;83:660-6.
28. Gulati M, Pandey DK, Arnsdorf MF, Lauderdale DS, Thisted RA, Wicklund RH, et al. Exercise capacity and the risk of death in women: the St. James Women Take Heart project. *Circulation.* 2003;108:1554-9.