

es fundamental la implicación de atención primaria en el seguimiento crónico del paciente, especialmente a tenor de los recientes estudios publicados sobre reevaluación del nódulo tiroideo con citología benigna previa¹⁰. De la misma manera, los criterios de derivación deben ser consensuados y conocidos por aquellas especialidades con interés en la consulta de alta resolución de nódulo tiroideo y en especial por atención primaria, con el objetivo de minimizar el riesgo de hiperfrecuentación y derivación de problemas clínicos banales atribuidos a este tipo de consultas de alta resolución¹¹.

En resumen, es cierto que cada servicio debe adaptar la organización de la consulta de alta resolución de nódulo tiroideo a su situación particular y a los medios disponibles. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, la consulta de alta resolución de nódulo tiroideo solo alcanza su máxima eficiencia y autonomía en las manos de aquel endocrinólogo capacitado para realizar la valoración clínica y las técnicas ecográficas necesarias para completar el estudio. Por ello, es deseable la formación de todos aquellos endocrinólogos con interés y residentes de endocrinología en ecografía y PAAF tiroidea, así como un posicionamiento claro de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición en defensa de esta capacitación cada día más necesaria en nuestro ámbito.

Creemos que es el endocrinólogo el principal actor capacitado para integrar todos los datos necesarios en el diagnóstico y seguimiento del nódulo tiroideo, y no como mero técnico, sino como verdadero protagonista capaz de hacer frente de manera eficiente a una enfermedad cuya prevalencia desborda los cauces de estudio convencionales.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses para ninguno de los autores.

Bibliografía

1. Fernández-García JC, Mancha-Doblas I, Ortega-Jiménez MV, Ruiz-Escalante JF, Castells-Fusté I, Tofé-Povedano S, et al. Diagnostic and functional structure of a high-resolution thyroid nodule clinic. *Endocrinol Nutr*. 2014;61:329–34.
2. 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.
3. Montijano Cabrera AM, Zambrana García JL, Amat Vizcaíno M, Velasco Malagón MJ, Adarraga Cansino MD, Rosa Giménez F, et al. Aplicabilidad y aportaciones al sistema de «consulta única» en cardiología. *Rev And Card*. 2003;38:69–76.
4. Juan Ruiz FJ, Aranda Pérez G, Trujillo Ruiz J. Alta resolución, pacientes, parientes e innovación organizativa. *Rev Adm Sanit*. 2007;5:105–21.
5. Rosa F, Zambrana JL, Velasco MJ, Adarraga D, Martos L, Marín M. Análisis de los tiempos de demora en un programa de consulta única. *Rev Calid Asist*. 2002;17:378–9.
6. Falces C, Sadurní J, Monell J, Andrea R, Ylla M, Moleiro A, et al. One-stop outpatient cardiology clinics: 10 years' experience. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:530–3.
7. Montijano Cabrera AM, Caballero Gueto J. La consulta de acto único en cardiología. *Rev Esp Cardiol*. 2007;7:C30–6.
8. Castells I, Pardo N, Videla S, Giménez G, Llargues E, Simó O, et al. Impacto asistencial tras la introducción de la ecografía tiroidea en una unidad monográfica de atención al nódulo tiroideo. *Endocrinol Nutr*. 2013;60:53–9.
9. Baskin HJ. Thyroid ultrasound-just do it. *Thyroid*. 2004;14:91–2.
10. Nou E, Kwong N, Alexander LK, Cibas ES, Marqusee E, Alexander EK. Determination of the optimal time interval for repeat evaluation after a benign thyroid nodule aspiration. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014;99:510–6.
11. Gervás J, Palomo L. ¿Alta o excesiva resolución? *Med Clin (Barc)*. 2002;119:315.

Gonzalo Díaz-Soto*, Beatriz Torres, Juan José López y Daniel de Luis

Consulta de alta resolución de nódulo tiroideo, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, IEN-Universidad de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: diazsotogonzalo@gmail.com (G. Díaz-Soto).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2014.05.004>

Respuesta a: Estructura diagnóstica y funcional de una consulta de alta resolución tiroidea: un modelo de eficiencia económica



Reply to: Diagnostic and functional structure of a high-resolution thyroid nodule clinic: An efficiency model

Hemos leído con detenimiento la carta de Díaz-Soto et al.¹ donde se reflexiona, en relación a nuestra reciente revisión publicada en *ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN*, sobre la estructura

ideal de una consulta de alta resolución de nódulo tiroideo². Como responsables del modelo de consulta de nódulo tiroideo sobre el que se centran la mayor parte de las observaciones, nos gustaría realizar una serie de aclaraciones.

En primer lugar, Díaz-Soto et al. consideran que el único modelo de consulta que cumple los requisitos de consulta de alta resolución es aquella donde el endocrinólogo realiza la ecografía y la punción aspirativa con aguja fina (PAAF), colocando en un escalón inferior otras opciones plausibles de consulta. Para apoyar su afirmación, utilizan la siguiente definición de consulta de alta resolución; «aquella que incluye en un mismo acto asistencial la realización de las exploraciones necesarias para el diagnóstico y tratamiento de un determinado proceso, siendo el objetivo último y fundamental la mejora de la eficiencia del sistema reduciendo

el número de visitas del paciente, evitando demoras de las pruebas y citas a posteriores consultas, aumentando la satisfacción percibida por parte del paciente». Siguiendo este esquema, no vemos razón objetiva alguna para que se consideren opciones menos válidas cualquiera de los modelos de consulta de acto único citados en nuestra revisión reciente.

En segundo lugar, Díaz-Soto et al. ligan la no realización de la ecografía y la PAAF por el endocrinólogo con la pérdida de protagonismo del mismo. No estamos de acuerdo con dicho punto de vista, ya que consideramos que, ya sea en el seno de una consulta de alta resolución o en la consulta habitual, el endocrinólogo, haga o no haga dichas exploraciones, siempre será el máximo responsable en integrar los datos analíticos, clínicos, ecográficos y citológicos del nódulo tiroideo. Diferente es la reivindicación de que el endocrinólogo tome las riendas en la realización de la ecografía y la PAAF, pero esto no es óbice para que, aún en el caso de que estas técnicas las realice otro especialista, el endocrinólogo siga siendo el auténtico director, integrador y responsable último de tomar las decisiones clínicas en el manejo del nódulo tiroideo.

Tampoco coincidimos con la siguiente aseveración: «la inversión de tiempo, personal y coordinación entre al menos 3 especialistas en un mismo marco físico (endocrinólogo, radiólogo y anatomopatólogo) para una consulta de alta resolución de nódulo tiroideo merma significativamente la eficiencia del sistema, reduciendo, en sentido estricto, la consulta de alta resolución a tres consultas convencionales extrahospitalarias coordinadas en agenda». Probablemente, esta afirmación se ha realizado al no haber tenido en cuenta ciertos factores básicos en el análisis de coste-efectividad como los siguientes: 1) Aunque este modelo de consulta requiera de la intervención de un mayor número de especialistas, también el número de pacientes atendidos puede ser significativamente mayor; 2) En todo análisis de coste-eficiencia hay que correlacionar el coste con los resultados clínicos, especialmente con tasas de muestras insuficientes, falsos positivos y falsos negativos, lo cual no se ha analizado, y 3) La interrelación entre distintos especialistas característico de este modelo de consulta puede aumentar significativamente el rendimiento clínico³⁻⁵. Adicionalmente a estos factores, no conocemos ninguna publicación que haya estudiado comparativamente la eficiencia de los distintos modelos de alta resolución de nódulo tiroideo que se indican como plausibles, siendo este un aspecto no clarificado y que necesitaría de análisis adicionales para poder afirmar con seguridad cuál es la eficiencia de cada modelo individual.

Nuevamente, nos gustaría insistir en que cada servicio médico debe implementar el modelo que más se adapte a su realidad clínica diaria, a sus posibilidades asistenciales y a la capacitación de sus profesionales. Las características de los profesionales involucrados y los medios disponibles deben ser los que guíen el modelo de cada consulta de alta resolución de nódulo tiroideo en cada centro asistencial.

Dejando atrás estas cuestiones, coincidimos plenamente con Díaz-Soto et al. con la conveniencia de que el endocrinólogo se forme y sea experto en la realización de ecografía y PAAF tiroidea. Es más, creemos que, de forma adicional, una vez dominada la ecografía tiroidea, deberíamos aventurarnos en la realización de técnicas adicionales como la radiofrecuencia, la instilación de etanol o la elastografía, ya que su dominio aumentará de forma exponencial nuestra autonomía asistencial. No cabe duda de que el dominio de estas técnicas propias de nuestro ámbito de conocimiento debe ser proactivamente estimulado, ya que nos convertirá en mejores profesionales y desempeñará un papel capital en el desarrollo de nuestra especialidad.

Financiación

José Carlos Fernández-García es receptor de un contrato «Río Hortega», del Instituto de Salud Carlos III, Madrid (CM12/00059).

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses relacionado con el presente documento.

Bibliografía

1. Díaz-Soto G, Torres B, López JJ, de Luis D. Estructura diagnóstica y funcional de una consulta de alta resolución tiroidea: un modelo de eficiencia económica. *Endocrinol Nutr.* 2014;61:550-1.
2. Fernández-García JC, Mancha-Doblas I, Ortega-Jiménez MV, Ruiz-Escalante JF, Castells-Fusté I, Tofé-Povedano S, et al. Diagnostic and functional structure of a high-resolution thyroid nodule clinic. *Endocrinol Nutr.* 2014;61:329-34.
3. Supit E, Peiris AN. Cost-effective management of thyroid nodules and nodular thyroid goiters. *South Med J.* 2002;95:514-9.
4. O'Brien B. Principles of economic evaluation for health care programs. *J Rheumatol.* 1995;22:1399-402.
5. Loza C, Castillo-Portilla M, Rojas JL, Huayanay L. Basic principles and methodological considerations of health economic evaluations. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2011;28:518-27.

José Carlos Fernández-García*, Isabel Mancha-Doblas y Francisco José Tinahones

*Servicio de Endocrinología y Nutrición,
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga,
España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josecarlosfdezgarcia@hotmail.com
(J.C. Fernández-García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2014.09.001>