

6037-8. UN MODELO DE CONSULTA DE CARDIOLOGÍA INTEGRADO CON ATENCIÓN PRIMARIA REDUCE EL NÚMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS DE ORIGEN CARDIOVASCULAR

Raquel Pimienta González¹, María Facenda Lorenzo¹, Elena Pérez Cánovas², Alejandro Quijada Fumero¹, Celestino Hernández García¹ y Julio Salvador Hernández Afonso¹

¹Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. ²Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Resumen

Introducción y objetivos: En los últimos años, se ha visto que es necesario crear nuevos modelos de consulta que garanticen la atención integral del paciente y una adecuada coordinación entre Cardiología y Atención Primaria (AP). En nuestra área de salud, trabajamos con un modelo de consulta integrado con AP, que está formado por 3 pilares: la consulta virtual, el cardiólogo consultor y la consulta de alta resolución. El seguimiento de los pacientes con cardiopatías crónicas estables es realizado de forma presencial por AP con apoyo virtual por cardiología. Nos planteamos si este nuevo modelo es seguro en el seguimiento a largo plazo.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en el que se comparan dos muestras de pacientes con patologías cardiológicas crónicas seguidos en un modelo tradicional de consulta o en un modelo integrado con AP.

Resultados: Entre abril de 2018 y abril de 2019, se incluyeron 1.000 pacientes (500 en cada grupo). Ambos grupos eran homogéneos en cuanto a sexo, tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes o ictus. Los pacientes del modelo integrado eran mayores ($71,9 \pm 11,2$ años frente a $70,3 \pm 11,5$; $p = 0,04$) y tenían un porcentaje mayor de enfermedad renal crónica (30,11% frente a 22,8%; $p = 0,011$). No existían diferencias entre ambos grupos en relación al tratamiento que recibían los pacientes. En cuanto a la patología cardiológica que justificó la inclusión, no se observaron diferencias entre ambos grupos, siendo la causa más frecuente el síndrome coronario crónico en más de la mitad de los casos, seguido de la fibrilación auricular permanente, las valvulopatías de grado ligero o moderado y, por último, la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección $> 40\%$. En el seguimiento al año, no se apreciaron diferencias en la mortalidad por cualquier causa (2,82% frente 3,02%; $p = 0,851$). La mortalidad de origen cardiovascular significó el 0,6% en el modelo tradicional y el 0,2% en el modelo integrado ($p = 0,598$). Hay que destacar que los pacientes del modelo tradicional presentaron un número significativamente mayor ingresos hospitalarios de origen cardiaco (2,2% frente 5,43%; $p = 0,008$). El modelo de consulta se identificó como predictor de ingreso al año.

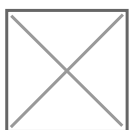
Seguimiento clínico al año

Tradicional

Integrado

p-valor

	N = 500	N = 500	
Mortalidad por cualquier causa, n (%)	15 (3,02%)	14 (2,82%)	0,851
Mortalidad cardiovascular, n (%)	3 (0,6%)	1 (0,2%)	0,598
Ingreso cardiovascular, n (%)	27 (5,43%)	11 (2,2%)	0,008
Consulta sucesiva, n (%)	401 (80,7%)	43 (8,65%)	0,001



Supervivencia libre de ingreso según el modelo de consulta.

Conclusiones: Un modelo de consulta de Cardiología integrado con AP es seguro en el seguimiento de paciente con cardiopatías crónicas estables y permite reducir el número de ingresos hospitalarios.