



## 5011-6. ¿PODEMOS MEJORAR EL CONTROL DEL LDL Y LAS LISTAS DE ESPERA DE PACIENTES EN CARDIOLOGÍA MEJORANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL CON ATENCIÓN PRIMARIA? UNA COMPARACIÓN DE DIFERENTES MODELOS ASISTENCIALES

Juan Cosin Sales<sup>1</sup>, Román Freixa Pamiás<sup>2</sup>, Marisol Bravo Amaro<sup>3</sup>, Jorge Ruvira Durante<sup>1</sup>, Pedro Blanch Gracia<sup>2</sup> y Andrés Íñiguez Romo<sup>3</sup>, del <sup>1</sup>Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, <sup>2</sup>Hospital Sant Joan Despí-Moisès Broggi, Sant Joan Despí (Barcelona) y <sup>3</sup>Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El control de las enfermedades crónicas es uno de los mayores retos de los sistemas sanitarios, y la mayoría de patologías cardiovasculares tienden a la cronicidad. Implantar nuevos modelos de gestión basados en la mejora de la continuidad asistencial entre cardiología y atención primaria (AP) pueden favorecer el tratamiento de nuestros pacientes. En la actualidad no se conoce cual es la mejor estrategia para lograr este objetivo. En el presente trabajo estudiamos el efecto sobre un objetivo clínico (mejora en el control lipídico) y otro de gestión (mejora en las demoras de primeras visitas) de 3 modelos de mejora de la continuidad asistencial.

**Métodos:** Incluimos 3 hospitales nacionales de distintas autonomías (H1 Comunidad Valenciana, H2 Galicia y H3 Cataluña). H1 y H2 pusieron en marcha un sistema de consulta no presencial («telecardio») para AP, a través de la cual se contestan las consultas o se deriva al paciente a una consulta presencial. Asociado al telecardio, H1, puso en marcha un proyecto de auditoría y formación de AP en el control lipídico. H3 basó su modelo de gestión en el cardiólogo de enlace, integrándose un cardiólogo en cada centro de AP. Para estudiar el efecto sobre el control lipídico, se incluyeron de forma aleatoria y retrospectiva, pacientes de muy alto riesgo cardiovascular con LDL mal controlado (> 70 mg/dl) y se estudió el % de ellos que se controlaban (reducían el LDL a menos de 70 mg/dl) tras 2 años del nuevo modelo. Para estudiar el efecto sobre la demora, se determinó la demora media para atender en cardiología una primera visita el año anterior y a los 2 años de la implantación del nuevo modelo.

**Resultados:** La tabla muestra como los 3 centros mejoraron el control lipídico y la demora para la atención de primeras visitas, si bien el % de pacientes que alcanzaron el objetivo de LDL (LDL 70 mg/dl) fue superior en H1 y la reducción del tiempo de la demora para la atención de una primera vista en cardiología fue mayor en H3.

### Resultados principales

LDL basal/LDL post (mg/dl)	% pacientes que controlan LDL	Demora 2013/2015 (días)	% de reducción de la demora
----------------------------	-------------------------------	-------------------------	-----------------------------

H1	98 ± 22/74 ± 23	47%	47 ± 9/29 ± 8	39%
H2	103 ± 37/83 ± 25	32%	55 ± 21/28 ± 11	48%
H3	99 ± 24/84 ± 19	26%	99 ± 19/46 ± 16	54%
p	0,6 / 0,001	0,004		0,009

Los datos de LDL basal (antes del nuevo modelo de gestión) y post (a los 2 años) están expresados con media ± DE.

**Conclusiones:** La puesta en marcha de un modelo de gestión que mejora la continuidad asistencial entre cardiología y AP mejora parámetros clínicos y de gestión, si bien un modelo de auditoría en los resultados lipídicos controló mejor este parámetro y un modelo basado en el cardiólogo de enlace mejoró más la demora.