

Cartas científicas

Mejorar la atención médica mediante un modelo integrado de asistencia para pacientes con cardiopatía isquémica o fibrilación auricular



Improving Medical Attention Through an Integral Care Model for Patients With Ischemic Heart Disease or Atrial Fibrillation

Sr. Editor:

Actualmente se han detectado importantes diferencias entre lo que recomiendan las guías y el tratamiento prescrito¹ a los pacientes con cardiopatía isquémica (CI) o fibrilación auricular (FA). En este estudio se valora el impacto del cambio del modelo clásico de coordinación entre atención primaria (AP) y cardiología a un modelo con una mayor integración en el área sanitaria del Hospital Moisès Broggi (Barcelona) en las cifras objetivo de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) de los pacientes con CI y el grado de anticoagulación de los sujetos con FA.

Se realizó un estudio ecológico de datos agregados por centros en el que se analizaron retrospectivamente las características de los pacientes atendidos en los centros donde se implementó el nuevo modelo integral (426.377 habitantes; 19 centros de AP) y aquellos donde se siguió el modelo clásico (105.936 habitantes; 6 centros de AP) en un momento previo (2013) y otro posterior (2017) a la puesta en marcha del modelo integral. En el modelo clásico, el cardiólogo atiende a los pacientes en las propias consultas externas del hospital, donde realiza las visitas primeras/sucesivas. En el modelo de mayor integración, el cardiólogo referente se desplaza una vez a la semana a cada centro de AP, donde realiza las consultas presenciales/virtuales y sesiones conjuntas (nuestro grupo ha analizado estos datos en un estudio pendiente de publicación).

Al inicio, el 32,0 y el 32,5% de los pacientes con CI, respectivamente, eran mujeres y la media de edad, 72,7 ± 11,6 y 71,8 ± 12,1 años. En las zonas donde se implantó el nuevo modelo, hubo una mayor intensificación del tratamiento hipolipemiente, se redujo la cifra media de cLDL (de 92,7 a 85,3 mg/dl) significativamente respecto al otro grupo (de 87,8 a 87,1 mg/dl), lo que se tradujo en mayor porcentaje de cifras objetivo de cLDL (del 20,8 al 34,1% [incremento relativo del 63,9%] y del 27,1 al 31,2% [incremento relativo del 15,1%]; $p < 0,001$) (tabla 1).

En la situación basal, el 50,9 y el 54,3% de los pacientes con FA eran mujeres y la media de edad, 80,3 ± 10,5 y 79,2 ± 11,1 años. En las zonas donde se implantó el nuevo sistema, la proporción de sujetos con tratamiento anticoagulante aumentó significativamente (del 69,3 al 80,2% [incremento relativo del 15,7%]; $p < 0,001$), no así en el modelo clásico (del 74,8 al 75,4% [incremento relativo del 0,8%]; $p = NS$; $p < 0,001$ entre grupos). Igualmente, mientras que el descenso en el empleo de antiagregantes fue marcado en el primer grupo, en el modelo clásico fue menor (descenso relativo del 55,3 frente al 31,0%; $p < 0,001$). Aunque la prescripción de los anticoagulantes de acción directa aumentó en ambos grupos, este incremento fue mayor en los pacientes atendidos con el nuevo modelo (del 7,9 al 36,6% y del 4,1 al 18,4%; $p < 0,001$). En ambos grupos aumentó de manera similar el control de la razón internacional normalizada (INR) realizado en AP, sin diferencias en cuanto al control adecuado del INR, definido como tiempo en rango terapéutico $\geq 60\%$. No se encontraron diferencias significativas entre los 2 grupos en cuanto al CHA₂DS₂-VASc (tabla 2).

Aunque en la última década el control del cLDL ha mejorado en España, lo cierto es que más del 70% de los pacientes en prevención secundaria siguen estando fuera de objetivos, lo que sugiere que, a

Tabla 1

Evolución de la incidencia/prevalencia y parámetros lipídicos de los pacientes con cardiopatía isquémica crónica según modelo de asistencia

	Atención integrada	Modelo clásico	p
Pacientes con cardiopatía isquémica, n			
2013	9.150	2.878	
2014	9.281	2.924	
2015	9.548	2.988	
2016	10.122	2.996	
2017	10.380	3.099	
Nuevos casos de pacientes con cardiopatía isquémica, n (%)			
2013	669 (7,3)	213 (7,4)	NS
2014	614 (6,6)	208 (7,1)	
2015	653 (6,8)	174 (5,8)	
2016	670 (6,6)	154 (5,2)	
2017	673 (6,5)	214 (6,9)	
Pacientes con al menos 1 determinación de cLDL, %			
2013	55,9	55,4	NS
2014	57,7	56,8	
2015	62,2	59,6	
2016	62,3	46,7	
2017	60,7	61,2	
Tratamiento hipolipemiente, %			
Estatinas baja intensidad			
2014	55,3		< 0,001
2016	36,3		
Estatinas alta intensidad			
2014	37,7		NS
2016	42,3	ND	
Estatinas + ezetimiba			
2014	6		< 0,001
2016	17,3		
Otros			
2014	1		0,01
2016	4		
Media de cLDL (mg/dl)			
2013	92,7	87,8	0,001
2014	89,1	87,9	
2015	89,6	86,8	
2016	86,8	85,5	
2017	85,3	87,1	
Pacientes con cLDL < 70 mg/dl, %			
2013	20,8	27,1	0,001
2014	24,7	25,7	
2015	25,1	28,9	
2016	29,6	33,5	
2017	34,1	31,2	

cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; ND: no disponible; NS: no significativo.

No están disponibles los datos relativos al tratamiento hipolipemiente en el grupo de atención según el modelo clásico. Las comparaciones en cuanto al tratamiento hipolipemiente se han realizado entre 2014 y 2016 en una muestra de 300 pacientes atendidos según el modelo de atención integrada.

pesar de la intensificación del tratamiento, esta es insuficiente². Nuestros resultados muestran que hubo un aumento similar en ambos grupos en el número de determinaciones de cLDL, lo que

Tabla 2

Evolución de la incidencia/prevalencia de FA y tratamiento antitrombótico según el modelo de asistencia

	Atención integrada	Modelo clásico	p
<i>Pacientes con FA, n</i>			
2013	7.356	2.098	—
2014	7.627	2.211	
2015	7.952	2.554	
2016	8.799	2.272	
2017	9.056	2.671	
<i>Nuevos casos de pacientes con FA, n (%)</i>			
2013	993 (13,5)	323 (15,4)	NS
2014	1.031 (13,5)	317 (14,3)	
2015	1.083 (13,6)	299 (11,7)	
2016	1.066 (12,1)	236 (10,4)	
2017	1.163 (12,8)	311 (11,6)	
<i>Tratamiento antitrombótico (ninguno/antiagregantes/ anticoagulantes), %</i>			
2013	8,8/21,9/69,3	7,8/17,4/74,8	<0,001
2014	9,8/17,4/72,8	8,6/14,3/77,1	
2015	9,0/14,5/76,5	13,2/14,6/72,2	
2016	11,9/13,0/75,1	7,2/11,8/81,0	
2017	10,0/9,8/80,2	12,6/12,0/75,4	
<i>Pacientes con CHA₂DS₂-VASc conocido, n (media de CHA₂DS₂-VASc)</i>			
2017	974 (3,2)	200 (3,4)	NS
<i>Pacientes con CHA₂DS₂-VASc = 0, n (%)</i>			
2017	49 (5,0)	6 (3,0)	NS
<i>Pacientes anticoagulados con CHA₂DS₂-VASc = 0, n (%)</i>			
2017	16 (32,7)	4 (66,7)	NS
<i>Tipo de tratamiento anticoagulante (AVK/ACOD), %</i>			
2013	92,1/7,9	95,9/4,1	<0,001
2014	84,9/15,1	94,8/5,2	
2015	78,0/22,0	92,0/8,0	
2016	71,7/28,3	89,7/10,3	
2017	63,4/36,6	81,6/18,4	
<i>Pacientes con AVK y adecuado control de la INR, %</i>			
2013	59,8	59,3	NS
2014	59,4	59,3	
2015	57,4	58,7	
2016	57,5	58,1	
2017	57,4	59,4	
<i>Control de la INR en atención primaria, %</i>			
2013	58,4	35,7	NS
2014	67,7	47,0	
2015	74,7	58,3	
2016	87,5	62,4	
2017	88,7	59,2	

ACOD: anticoagulantes orales de acción directa; AVK: antagonistas de la vitamina K; FA: fibrilación auricular; INR: razón internacional normalizada.

implicaría una mayor concienciación sobre la consecución de los objetivos de cLDL. Sin embargo, el modelo integral se asoció con una mayor intensificación del tratamiento hipolipemiente (mayor uso de estatinas de alta potencia y sobre todo del tratamiento combinado), lo que explicaría la mayor reducción del cLDL y secundariamente la mayor proporción de pacientes en objetivos. Así, la asistencia integral contribuiría a una mejora en el control del cLDL en prevención secundaria. Desafortunadamente, las cifras actuales son todavía pobres², lo que obliga a un mayor esfuerzo.

La mayoría de los pacientes con FA deberían estar anticoagulados. Sin embargo, estudios previos han mostrado que hasta 1/3 de

pacientes con alto riesgo no lo están en la práctica clínica³, cifra que es similar a la encontrada en 2013 en ambos grupos. Nuestros datos indican que, aunque todavía existe un porcentaje de pacientes no anticoagulados, la asistencia integrada sería capaz de reducir estas cifras de manera muy marcada. Aproximadamente un 40-45% de los pacientes tenían un control de la INR inadecuado, independientemente de la asistencia recibida, cifras que son similares a lo reportado previamente⁴, lo que sugiere que habría que tomar medidas adicionales. Los anticoagulantes orales de acción directa están especialmente indicados para los pacientes con mal control de la INR. En España su empleo se encuentra claramente infrautilizado. Nuestros datos sugieren que el modelo integrado sería capaz de detectar mejor a estos pacientes y optimizar la prescripción de los mismos.

En conclusión, nuestros datos muestran que la asistencia integrada AP-cardiología es capaz tanto de mejorar el control del cLDL en prevención secundaria como optimizar el tratamiento anticoagulante de los pacientes con FA, lo que podría mejorar en último término los resultados en salud.

Agradecimientos

Al grupo de trabajo Atención Integrada Cardiología-Atención Primaria en el área del Hospital Moisès Broggi.

Content Ed Net, Madrid, proporcionó asistencia editorial en la redacción de este artículo.

Román Freixa-Pamias^{ab,*}, Pedro Blanch Gràcia^a,
 Maria Lluïsa Rodríguez Latre^c, Luca Basile^{a,d},
 Pilar Sánchez Chamero^a y Josep Lupón^{b,e,f}

^aServicio de Cardiología, Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, Consorci Sanitari Integral, Sant Joan Despí, Barcelona, España

^bDepartamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^cServicio de Atención Primaria Baix Llobregat, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^dAgència de Salut Pública de Catalunya, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

^eServicio de Cardiología e Insuficiencia Cardíaca, Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud y Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona. Barcelona, España

^fCentro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades

Cardiovasculares (CIBERCV), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: roman.freixa@sanitatintegral.org
 (R. Freixa-Pamias).

On-line el 19 de octubre de 2018

BIBLIOGRAFÍA

- Hernández-Afonso J, Facenda-Lorenzo M, Rodríguez-Esteban M, et al. New model of integration between primary health care and specialized cardiology care. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:873-875.
- Cordero A, Galve E, Bertomeu-Martínez V, et al. Trends in risk factors and treatments in patients with stable ischemic heart disease seen at cardiology clinics between 2006 and 2014. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:401-407.
- Barrios V, Escobar C, Calderón A, et al. Uso del tratamiento antitrombótico según la escala CHA₂DS₂-VASc en los pacientes con fibrilación auricular en atención primaria. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:150-151.
- Barrios V, Escobar C, Prieto L, et al. Control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular asistidos en atención primaria en España. Estudio PAULA. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:769-776.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.09.011>
 0300-8932/

© 2018 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.