



6035-437. RESULTADOS DE UN NUEVO MODELO DE INTEGRACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y CARDIOLOGÍA A TRAVÉS DE LA CONSULTA EXTERNA

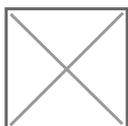
María Facenda Lorenzo, Julio Hernández-Afonso, Raquel Pimienta-González, Celestino Hernández-García, Ana P. Fariña-Ruiz, Diego Fernández-Rodríguez, María Ramos-López y Carlos Dorta-Macías del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción y objetivos: La fórmula tradicional para derivación de pacientes sigue el esquema atención primaria (AP)/atención especializada (AE) como 2 sistemas paralelos. Realizamos un proyecto piloto para valorar las ventajas de migrar a un sistema integrado con AP con la que se comparta liderazgo y en el que la mayor parte de las patologías cardiológicas crónicas estables (PCE) tengan seguimiento por AP.

Métodos: Crear un nuevo modelo de consulta (NMC) que une al cardiólogo consultor, 1 consulta de alta resolución (CAR) y la consulta virtual (CV) con 2 centros de AP (población de 33.805 habitantes) y 1 consulta de cardiología en 1 centro de AE. Requerimientos básicos: cardiólogo, electrocardiógrafo y ecocardiógrafo (ECO) en la consulta. Todos los pacientes enviados a consulta desde AP requieren CV que es contestada en 24-48 horas. Se disponía de acceso a la historia clínica de AP y visualización vía web del electrocardiograma (ECG) del paciente. El cardiólogo decide, tras la CV, si el paciente precisa o no visita presencial (VP). Se estableció una consulta 5 días/semana con un máximo de 10 CV y 12 VP por día. Establecimos 1 grupo de trabajo para decidir qué PCE podían seguir AP y consensuándose protocolos con AP de las patologías más prevalentes. En el sistema tradicional son vistos en consulta 25 pacientes con un índice de sucesivas primeras de 1; se citan en el primer hueco disponible, habitualmente no se dispone de ECO y no existen protocolos consensuados entre AP y AE.

Resultados: Desde 2 noviembre 2012 hasta 3 abril 2014 se vieron en CAR 1.925 pacientes de forma presencial. 55% primeras visitas y 45% sucesivas. AP comentó a través de CV 1.469 pacientes, de los cuales un 38,7% no requirió VP. Ver en tabla las características de la serie. Un 79,5% de pacientes con PCE pasaron a AP, persistiendo un 20,5% en cita sucesiva de CAR. Se realizaron el 97,1% de los ECO el mismo día de consulta. La demora para cita presencial en CAR se redujo a menos de 6 días frente a los 53 de media del sistema tradicional. Sólo el 5,6% de pacientes con PCE requirió nueva visita presencial. Se consensuaron con AP 5 protocolos: HTA, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, valvulopatías y cardiopatía isquémica.



Organigrama de consulta.

Características de la serie

Pacientes presenciales en CAR

Número total:	1925
Primera visita:	55%
Visita sucesiva:	45%
Patología principal:	
Cardiopatía isquémica	22,80%
Fibrilación/ <i>flutter</i> auricular	21,8%
Valvulopatía/prótesis	11,3%
Estudio de dolor torácico	11%
Insuficiencia cardiaca	19,7%
HTA	5,3%
Otros	8,1%

Pacientes virtuales en CAR

Número total:	1469
Patología principal:	
Alteraciones electrocardiográficas:	22%
Alt. ritmo (palpitaciones, pre o síncope)	15,7%
Fibrilación auricular	12,3%
Dolor torácico	11,5%
Cardiopatía isquémica crónica	7,4%
Insuficiencia cardiaca	7,3%
Soplos	6,7%
Ajuste de tratamientos	6,7%
Otros	10,4%

Conclusiones: El NMC permite reducir drásticamente la demora y visitas presenciales; y que la mayoría de éstas sean de alta resolución. La mayor parte de las PCE pueden ser seguidas por AP.