

ORIGINAL BREU

Coordinación entre médicos de familia y el cardiólogo de referencia: resultados de las interconsultas en el centro de salud

*Coordination between family doctors and the cardiologist:
the result of clinical sessions in a primary health care centre*

**Carmen Fernández-Fernández¹, Joan Llobera², Mariano Cepeda¹, Teresa Oliver¹,
Eugenio Sobrino¹, Antonio Jover¹, Joana Ballester¹, Alfredo Gómez-Jaume³**

1. Centro de Salud Arquitecto Bennàzar, Palma de Mallorca

2. Unidad de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria IBSALUT, Palma

3. Servicio de Cardiología de Hospital Universitario Son Espases, Palma

Correspondencia

Carmen Fernández Fernández
Centro de Salud Arquitecto Bennàzar
Calle Arquitecto Bennàzar, 9 - 07004 Palma
Tlf.: +34 971 75 31 33
E-mail: cfernandez3@ibsalut.caib.es

Recibido: 5 - VI - 2018
Aceptado: 27 - VII - 2018

doi: 10.3306/MEDICINABALEAR.33.03.31

Resumen

Introducción: La interacción entre médicos de familia (MF) y hospitalarios se considera indispensable para una atención de calidad.

Objetivo: Evaluar los resultados de la realización de sesiones con el cardiólogo en un centro de salud.

Métodos: Estudio descriptivo en un centro de salud Palma, Baleares, España. Presentación de casos clínicos al cardiólogo de referencia por los MF para la solución de problemas diagnóstico-terapéuticos. Registro de datos clínico-epidemiológicos, tipo de interconsulta, solución del cardiólogo, derivaciones evitadas.

Resultados: Incluimos 99 pacientes de enero 2016-junio 2017, presentados por 14 MF. Motivos: 52,5% fueron posibles alteraciones electrocardiográficas. Problema: alteración electrocardiográfica solamente (39,1%), dolor torácico (9,1%), palpitations (9.1%), arritmias (8.1%). El 70,7% de casos se evitó que el paciente acudiera al servicio de cardiología.

Conclusiones: la interconsulta cardiológica bimensual evita gran número de consultas presenciales y es altamente valorado por los MF.

Palabras clave: Atención primaria, cardiología, derivación, continuidad asistencial.

Abstract

Introduction: The relationship between family doctors and the cardiologist in Primary Health Care (PHC) Team is important to ensure quality care.

Objective: To assess the results of carrying out clinical sessions with the cardiologist in a PHC Centre.

Methods: Descriptive study in a PHC Centre in Palma, Balearic Islands, Spain. Family doctors presented clinical cases to the cardiologist in order to solve diagnosis treatment problems. We registered clinical-epidemiology information, type of referral, cardiologist decision, and number of referrals to cardiology department avoided.

Results: 99 patients were included from February 2016 to June 2017, who were presented by 14 family doctors. Cause of consultation: 52.5 % were EKG abnormalities. Problems: 39.1% were EKG doubts, 9.1% chest pain, 9.1% palpitations, 8.1% arrhythmia. A 70.7% of patients avoided being referred to the cardiology department.

Conclusions: The bimonthly consultation avoids having to make a great amount of patient appointments at Hospital and is extremely appreciated by family doctors.

Keywords: Primary Care, cardiology, referral, care continuity.

Introducción

La relación entre atención primaria (AP) y hospitalaria es un elemento esencial para ofertar una asistencia de calidad, constituyendo un pilar de la coordinación entre niveles. Esta relación siempre ha sido un tema a debate ya que limita la calidad asistencial en detrimento de los pacientes y de los profesionales.¹ Por otro lado la falta de coordinación disminuye la eficiencia, se realizan innecesariamente pruebas diagnósticas o incluso se duplican tratamientos, lo que conduce al aumento notable de los costes, sin que mejoren los resultados clínicos.²

En nuestro país se han realizado estudios donde se evalúan el número de derivaciones o su calidad y alguno sobre la opinión de los profesionales en referencia a la coordinación entre niveles concluyendo que entraña muchas dificultades, aunque los profesionales de AP la consideran muy útil.³

Las sesiones de interconsulta se consideran un mecanismo de coordinación entre niveles, consiguen mejorar la calidad asistencial, la eficiencia del sistema y la satisfacción de pacientes y profesionales.⁴ La existencia de una relación personal entre el especialista hospitalarios y de AP mejora la valoración mutua.¹

Material y métodos

Diseño: Descriptivo, de casos presentados por los médicos del Centro de Salud Arquitecto Bennasar, Palma, Mallorca, España, de enero 2016-junio 2017. Es un centro urbano con 30.700 habitantes adscritos, atendidos por 16 MF.

Sujetos: pacientes ≥ 16 años, adscritos a un MF el cual presenta casos a sesión con el cardiólogo en el centro.

VARIABLES: edad, sexo del MF y del paciente, MF asignado, existencia de historia clínica abierta en cardiología, consulta realizada, patología que presenta según documento consenso cardiología de 2015⁵ y actuación realizada tras consulta con el cardiólogo, si se evitaba derivar al paciente a consulta de cardiología. Número de derivaciones del centro de salud y de cada MF al cardiólogo, información que se obtuvo del Servicio de Salud. Se solicitó a los médicos una valoración global de satisfacción con la interconsulta mediante escala analógica-visual (0 nada satisfecho y 10 totalmente satisfecho).

Análisis estadístico descriptivo: proporciones, medidas de centralización y dispersión; correlación de Pearson por MF entre consultas en sesión y de derivaciones. Se utilizó el programa SPSS v23 para Windows.

Resultados

Se incluyeron 99 pacientes presentados en 7 sesiones conjuntas con el cardiólogo de referencia en 18 meses. Los presentaron 14 de los 16 MF del centro, 7 presentaron un caso cada uno y el resto de 5 a 23 casos. La mitad de médicos eran mujeres, que expusieron 47 casos frente a 52 los MF varones.

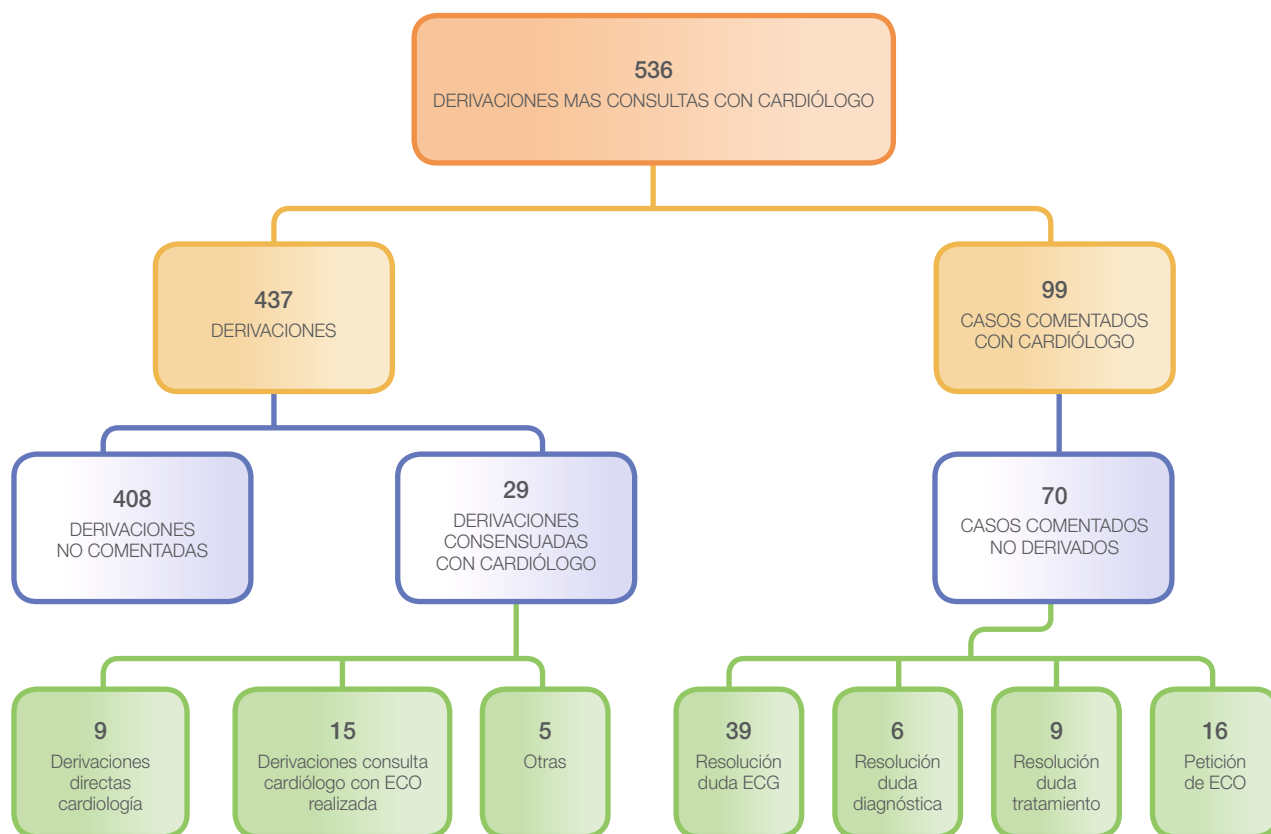
En la **tabla I** se presenta la distribución de variables personales y clínicas de los pacientes, las características de las consultas y tipo de actuación.

Durante las sesiones con el cardiólogo se presentaron 99 casos y se resolvieron en total 70 (70,7%) que no necesitaron ser derivados. De estos 70 casos 16 (22,9%) correspondían a petición únicamente de ecografías, el resto, 54 de 70 (77,1%), fueron presentados para resolución de dudas, quedando resueltas 39 dudas electrocardiográficas, 6 de diagnóstico y 9 de tratamiento. En 9 casos se decidió derivación directa a cardiología y en 15 casos, se

Tabla I: Características de los pacientes y de las consultas.

Características	Casos (porcentaje)
Sexo	
Varones	64 (64,6)
Mujeres	33 (33,3)
Edad	
Media, desviación estándar	58,6 \pm 18,3
Rango	16 - 90
<40 años	19 (19,1)
40 a 64 años	38 (38,3)
65 a 75 años	23 (23,2)
>75 años	19 (19,1)
Historia previa en cardiología	24 (24,2)
Tipo de consulta	
1. Duda ECG	52 (52,5)
2. Duda de diagnóstico	21 (21,2)
3. Duda en el seguimiento	20 (20,2)
4. Duda en tratamiento	5 (5,05)
5. Otras	1 (1,01)
Tipo de patología de la consulta	
Alteración ECG	39 (39,3)
Dolor torácico	9 (9,05)
Palpitaciones	9 (9,05)
Arritmias (excluida fibrilación auricular)	8 (8,05)
Soplo cardiaco	6 (6,05)
Valvulopatías	6 (6,05)
Cardiopatía isquémica	5 (5,05)
Síncope	3 (3,05)
Insuficiencia cardiaca	2 (2,05)
Fibrilación auricular	2 (2,05)
Desconocido	12 (12,1)
Tipo de actuación realizada	
1. Resolución de la duda en el ECG	39 (39,3)
2. Resolución de la duda en el diagnóstico	6 (6,05)
3. Resolución de la duda en el tratamiento	9 (9,05)
4. Petición de ecografía	16 (16,1)
5. Derivación a consulta de cardiología	9 (9,05)
6. Interconsulta con ecografía ya realizada	15 (15,1)
7. Otras	5 (5,05)

Figura 1: Número y distribución de las derivaciones remitidas a cardiología y casos presentados durante las sesiones en el Centro de Salud con el cardiólogo de referencia.



derivó a cardiólogo pero con ecografía cardiaca realizada antes de acudir a la consulta. En la **figura 1** se presenta la distribución de derivaciones y casos presentados en la sesión con el cardiólogo, con los desenlaces.

Durante el mismo periodo, se realizaron 437 derivaciones a cardiología. Analizadas por médico no hubo una correlación significativa ($r=-.120$, $p:0,658$) entre de derivaciones a cardiología e interconsultas realizadas.

La satisfacción media con las sesiones con el cardiólogo fue de 9,5 sobre 10.

Discusión

Los programas de colaboración entre niveles son una herramienta necesaria de acercamiento entre profesionales que comparten la atención al paciente. Las sesiones con un especialista consultor, son un instrumento útil para la solución de casos clínicos y la formación continuada.⁶ Los MF y el grupo de expertos de AP que participaron en el estudio Delphi sobre el futuro profesional del médico de familia defendían que son el foro idóneo para su formación continuada.⁷

Durante 18 meses se han recogido datos para valorar el tipo de consultas realizadas, interconsultas evitadas

y valorando la satisfacción de los profesionales. Los pacientes presentados en sesiones representaron una de cada cinco interconsultas. De derivar todos los casos que se consultan estaríamos evitando un 16% de derivaciones, lo que coincide con lo encontrado en la literatura internacional⁸ Otros estudios llegaban a un 22%, sugiriendo que era mucho más beneficioso cuando se refería a paciente pluripatológicos.^{9,10}

Hay otras 15 consultas evitadas ya que cuando el paciente es visitado por el cardiólogo ya dispone de la ecografía realizada que se ha solicitado previamente tras la sesión conjunta, lo que mejora la calidad de atención del paciente y la capacidad resolutoria del cardiólogo.

Una limitación del estudio se refiere al tipo de consulta que se realizaba y la patología que presentaba el paciente. Por ejemplo si un paciente había sufrido un infarto previamente, pero esta vez la consulta era por una arritmia, la patología de la consulta era la arritmia y no se recoge nada sobre su infarto.

Dado que hay evidencia de que los médicos de familia son menos experimentados que los cardiólogos y necesitan soporte en la interpretación de electrocardiogramas,¹¹ podría utilizarse otro mecanismo de coordinación en los casos donde la duda es solo de trazado electrocardiográfico, como remisión por email del resumen de

la historia clínica y del electrocardiogramas al cardiólogo,¹² aunque el hecho de compartir el caso con todos los médicos del centro de salud, contribuye a mejorar la formación del equipo.

A pesar de ser en principio sesiones mensuales, hay periodos inhábiles y las sesiones realizadas fueron sólo 7 en 18 meses. Ello obligó a presentar gran número de casos por sesión, se consensó presentar dos casos por médico y solo si sobrase tiempo un mismo profesional podría presentar otro caso. Por ello se propone aumentar el número de sesiones y el tiempo por sesión.

En las sesiones participaron activamente todos los médicos del centro de salud, aunque dos no llegaron a presentar ningún caso y siete presentaron sólo un caso (podría tener relación con la rotación de médicos, ya que hubo 4 jubilaciones y un traslado). La falta de correlación entre número de derivados y número de pacientes pre-

sentados en sesión por MF debe tomarse con reserva, ya que se trata de pocos médicos.

Además de constatar un alto nivel de participación, se añade el elevado nivel de satisfacción, similar al que se obtiene en las encuestas que se realizan para evaluar la satisfacción de los profesionales con los programas de colaboración interniveles.^{2,4}

En este artículo solo se abordan las sesiones conjuntas de la coordinación entre AP y hospitalaria, pero no se tratan otras dimensiones de la coordinación como son los protocolos sobre diagnóstico, tratamiento o circuitos de derivación, o la utilidad de las tecnologías de la información y la comunicación, así como la historia clínica única informatizada o la receta electrónica. Todos aspectos de la coordinación sobre los que hay estudios y experiencias previas deberían potenciarse.¹³⁻¹⁵

Bibliografía

1. Gené E, García-Bayo I, Barenys M, Abad A, Azagra R, Calvet X. Coordination between primary and specialized care in gastroenterology is insufficient. A survey of gastroenterologists and general practitioners. *Gastroenterol Hepatol* 2010;33:555-62.
2. Ramírez-Duque N, Ollero Baturone M, Ortíz Camúñez MA, Bernabéu Wittel M, Codina Lanaspá A, Cuello Contreras JA. Evaluación de la satisfacción de un programa de colaboración entre Atención Primaria y Medicina Interna. *Rev Calid Asist* 2010;25(2):70-6.
3. Ruiz de Adana Pérez R, García Gallego F, Zarco Montejó J, Lobos Bejarano JM, Sáenz de la Calzada C. La coordinación entre asistencia primaria y cardiología. La opinión del médico de familia. *Rev Esp Cardiol* 2001;54:912-6.
4. Garrido-Elustondo S., Molino González AM, López Gómez C, Arrojo Arias E, Martín Bun M, Moreno Bueno MA. Coordinación asistencial entre atención primaria y especializada. Satisfacción con el proyecto especialista consultor *Rev Calid Asist* 2009;24:263-71.
5. Bueno H, Lobos JM, Murga N, Díaz S eds. Procesos asistenciales compartidos entre cardiología y atención primaria. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y Sociedad Española de Cardiología. Madrid 2015.
6. Vlek JF, Vierhout WP, Knottnerus JA, Schmitz JJ, Winter J, Wesselingh-Megens AM, Crebolder HF. A randomised controlled trial of joint consultations with general practitioners and cardiologists in primary care. *Br J Gen Pract* 2003;53(487):108-12.
7. Análisis prospectivo Delphi. Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de Atención Primaria del siglo XXI. Cuadernos de Gestión para el profesional de Atención Primaria. Barcelona. Doyma 1999;5(Supl 1):5.
8. Proença G, Ferreira D, Freitas A, Madeira F, Soares AO, Ferreira R. Special program to reduce cardiology consultation waiting lists: report on an innovatory experience. *Rev Port Cardiol* 2003;22:1335-42.
9. Grupo para la asistencia Médica Integrada y continua de Cádiz (GAMIC). La consultoría de medicina interna en atención primaria mejora la eficacia de la atención médica. *Med Clin (Barc)* 2004;122:46-52.
10. Fernández Moyano A, Gracia Garmendia JL, Palmero Palmero C, García Vargas-Machuca B., Paez Pinto JM et al. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. *Rev. Clin Esp* 2007;207:510-20.
11. Begg G, Willan K, Tyndall K, Pepper C, Tayebjee M. Electrocardiogram interpretation and arrhythmia management: a primary and secondary care survey. *Br J Gen Pract* 2016;66:e291-6
12. Molinari G, Valbusa A, Terrizzano M, Bazzano M, Torelli L, Girardi N, Barsotti A. Nine years' experience of telecardiology in primary care. *J Telemed Telecare* 2004;10:249-53.
13. Cubí Montfort R, Faixedas Brunsoms D. Avances en la información de los sistemas de salud, *Aten Primaria* 2005;36:448-52.
14. Falces C, Andrea R, Heras M, Vehi C, Sorribes M, Sanchis L, Cevallos J, Menacho I, Porcar S, Font D, Sabaté M, Brugada J. Integración entre cardiología y atención primaria: impacto sobre la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol* 2011;64:564-71.
15. Hernández-Afonso J, Facenda M, Rodríguez-Esteban M, Hernández-García C, Nuñez-Chicharro L, Viñas Pérez AD. Nuevo modelo de consulta externa de cardiología integrado con atención primaria. *Rev Esp Cardiol* 2017;70:873-5.