

La coordinación entre asistencia primaria y cardiología. La opinión del médico de familia

Ricardo Ruiz de Adana Pérez^a, Francisco García Gallego^b, José Zarco Montejo^c,
José María Lobos Bejarano^d y Carlos Sáenz de la Calzada^e

^aMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Información y Desarrollo Operativo (CIDO). Madrid. ^bServicio de Cardiología. Hospital La Paz. Madrid. ^cMedicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Área 7 de Madrid. ^dMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Vicálvaro. ^eServicio de Cardiología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. Grupo de trabajo atención primaria y cardiología de la Sección de Cardiología Clínica de la SEC.

Objetivo. Analizar la relación entre atención primaria y cardiología.

Método. Estudio descriptivo transversal mediante encuesta a 384 médicos de familia del Colegio de Médicos de Madrid elegidos por muestreo sistemático.

Resultados. Contestaron 148 (38,45%) médicos. El 75% atiende a más de 30 pacientes con factores de riesgo cardiovascular y más de 10 cardiopatas a la semana. Las cardiopatías más frecuentes fueron: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, arritmias, valvulopatías, cor pulmonale y otras. El 90% de los médicos deriva menos de 10 pacientes/mes al cardiólogo, con una demora superior al mes en el 50% de los casos. Se utiliza el parte de interconsulta (98%), que es contestado siempre o frecuentemente por el cardiólogo. La calidad del informe del cardiólogo es buena o excelente en el 50% de los casos. La accesibilidad al electrocardiograma y a la radiología de tórax por parte del médico de familia es del 99,3%. La opinión de los médicos de familia es positiva en cuanto a la necesidad de relación con el hospital, formación continuada y coordinación con los cardiólogos.

Palabras clave: Atención primaria. Coordinación asistencial. Formación continuada.

(*Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 912-916)

Coordination Between Primary and Cardiological Care: the Opinion of the Family Doctor

Objective. To analyse the relationship between Primary and Cardiological Care from the perspective of family physicians.

Methods. A descriptive-crossover study was carried out by a questionnaire sent by mail to a sample of 384 doctors systematically selected from the database of the College of Physicians of Madrid.

Results. One hundred forty-eight physicians (38.5%) answered the questionnaire, 75% of whom saw more than 30 patients/week with cardiovascular risk factors and more than 10 patients/week with cardiac syndromes, in the following order: ischaemic heart disease, heart failure, arrhythmias, valvular disease, cor pulmonale and others. Ninety percent of the physicians refer less than 10 patients/month to cardiologists, with a time delay of greater than a month in 50% of the cases. The document used for referral is the consultation form (98%) that is always or frequently answered. The quality of the cardiologist's report is either good or excellent in 50% of the cases. Accessibility to electrocardiograms and thorax x-rays by family doctors is of 99.3%. Family physicians have a very positive opinion regarding the need for hospital collaboration in their continuous training and coordination with cardiologists.

Key words: Primary care. Clinical practice organization. Postgraduate training.

(*Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 912-916)

INTRODUCCIÓN

En nuestro país se han realizado con relativa frecuencia estudios que han evaluado las tasas de deri-

vación de atención primaria (AP) a atención especializada (AE)¹, así como la calidad de la propia interconsulta^{2,3}. En cambio, son pocos los trabajos en los que se recaba la opinión de los profesionales sobre dicha coordinación⁴ y, menos aún, los que estudian la opinión de los médicos de AP sobre la coordinación con cardiología.

En este trabajo pretendemos analizar la relación entre estas dos especialidades desde la perspectiva de los médicos de familia (MF), haciendo hincapié sobre la

Correspondencia: Dr. F. García Gallego.
Servicio de Cardiología. Hospital La Paz.
Paseo de la Castellana 261. 28046 Madrid.
Correo electrónico: fgarcia@jet.es

Recibido el 7 de julio del 2000.

Aceptado para su publicación el 30 de octubre del 2000.

TABLA 1. Características sociodemográficas de los médicos que contestaron la encuesta

Edad	≤ 29	30-34	35-39	40-44	45-49	≥ 50						
n	11	52	58	21	5	1						
(%)	(7,4)	(35,1)	(39,2)	(14,2)	(3,4)	(0,7)						
Sexo	Mujeres	Varones										
n	97	51										
(%)	(65,5)	(34,5)										
Especialidad	MFyC vía MIR	MFyC no MIR	Otras especialidades	Sin título de especialista								
n	137	5	2	4								
(%)	(92,6)	(3,4)	(1,4)	(2,7)								
Área sanitaria	Área 1	Área 2	Área 3	Área 4	Área 5	Área 6	Área 7	Área 8	Área 9	Área 10	Área 11	NC
n	16	3	8	13	22	11	8	10	14	15	24	4
(%)	(10,8)	(2)	(5,4)	(8,8)	(14,9)	(7,4)	(5,4)	(6,8)	(9,5)	(10,1)	(16,2)	(2,7)
Tipo de centro de trabajo	EAP	Médico										
n	147	1										
(%)	(99,3)	(0,7)										
Ámbito del CS	Rural	Urbano										
n	12	136										
(%)	(8,1)	(91,9)										

n: número de respuestas; NC: no contestan; CS: centro de salud; MFyC: medicina familiar y comunitaria; EAP: equipo de atención primaria; MIR: médico interno y residente.

percepción cualitativa que el MF tiene sobre problemas específicos cardiológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal mediante encuesta enviada por correo, de mayo a junio de 1998, a MF de la Comunidad de Madrid. Se determinó una muestra de 384 médicos para garantizar una precisión en la respuesta del $\pm 5\%$, con un nivel de seguridad del 95% en la situación más desfavorable $p = q = 0,5$. La selección se realizó mediante muestreo sistemático a partir de la base de datos de MF del Colegio Oficial de Médicos de la Comunidad de Madrid.

Las variables estudiadas fueron: *a*) características sociodemográficas de los médicos: edad, sexo, especialidad, área sanitaria en la que trabajan, tipo de centro de trabajo: equipos de atención primaria (EAP), médico de cabecera; ámbito del centro de salud (CS)/consultorio: rural, urbano; *b*) presión asistencial global; *c*) presión asistencial semanal por pacientes con al menos uno de los siguientes factores de riesgo cardiovascular (HTA, diabetes mellitus, dislipemia) y con cardiopatía filiada; *d*) frecuencia de presentación de las distintas afecciones cardíacas, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, valvulopatías, arritmias, cor pulmonale, otros; *e*) accesibilidad a ECG, radiografía de tórax, ergometría y ecocardiografía; *f*) número de pacientes de-

rivados mensualmente al cardiólogo; *g*) documento utilizado y disponibilidad de algún protocolo de derivación; *h*) tiempo que los pacientes tardan en ser atendidos tras una derivación; *i*) frecuencia con la que el cardiólogo contesta las interconsultas y calidad del informe; *j*) actitud del MF respecto al tratamiento indicado por el cardiólogo, y *k*) frecuencia con la que el hospital comunica los ingresos y las altas de los pacientes al MF. También se analiza la opinión del MF sobre cómo debe ser su relación con la AE cardiológica a través del grado de acuerdo/desacuerdo con una serie de enunciados relativos a la actividad hospitalaria.

El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS, se efectuó la estimación puntual de las variables estudiadas, test de la χ^2 para analizar la homogeneidad de la distribución de las respuestas por áreas sanitarias, y coeficiente de concordancia de Kendall para analizar la homogeneidad del orden de presentación de los síndromes cardiológicos en las consultas de AP. No se consideró oportuno calcular los intervalos de confianza de las variables estudiadas al estar limitada la inferencia a la población diana por el alto porcentaje de no respuestas.

RESULTADOS

De los 384 cuestionarios remitidos por correo, 148 (38,45%) fueron contestados. Las características socio-

TABLA 2. Distribución de la presión asistencial y del número de pacientes con factores de riesgo cardiovasculares, cardiopatía filiada y derivaciones a cardiología

N.º de pacientes/día	≤ 19	20-29	30-39	40-49	≥ 50		
n (%)	1 (0,7)	16 (10,8)	68 (45,9)	55 (37,2)	8 (5,4)		
N.º de pacientes /semana con FR cardiovascular	≤ 9	10-19	20-29	30-39	40-49	≥ 50	NC
n (%)	1 (0,7)	7 (4,7)	25 (16,9)	33 (23,3)	32 (21,6)	48 (32,4)	2 (1,4)
N.º de pacientes/semana con cardiopatía	≤ 4	5-9	10-14	15-19	20-24	≥ 25	NC
n (%)	9 (6,1)	45 (30,4)	40 (27)	32 (26,1)	13 (8,8)	7 (4,8)	2 (1,4)
N.º de pacientes/mes derivados a cardiología	≤ 9	10-19	20-29	≥ 30			NC
n (%)	131 (88,5)	15 (10,1)	1 (0,7)	0 (0)			1 (0,7)

n: número de respuestas; FR: factores de riesgo; N.º: número; NC: no contestan.

TABLA 3. Características de la interconsulta atención primaria-cardiología

Tiempo de demora en la atención por consultas «normales»	< 15 días	15-30 días	1-2 meses	> 2 meses	NC
n (%)	17 (11,5)	54 (36,5)	41 (27,7)	35 (23,6)	1 (0,7)
Tiempo de demora en la atención de las consultas «preferentes»	< 3 días	3-7 días	8-15 días	>15 días	NC
n (%)	24 (16,2)	32 (21,6)	43 (29,1)	45 (30,4)	4 (2,7)
Frecuencia con la que el cardiólogo contesta el PIC	Siempre	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca	
n (%)	48 (32,4)	62 (41,9)	34 (23)	4 (2,7)	
Calidad del informe del cardiólogo	Excelente	Bueno	Aceptable	Deficiente	NC
n (%)	12 (8,1)	66 (44,6)	35 (23,6)	33 (22,3)	2 (1,4)

PIC: parte interconsulta; NC: no contestan.

demográficas de los médicos que contestaron la encuesta se reflejan en la tabla 1. La presión asistencial cardiológica, el número de pacientes atendidos con factores de riesgo cardiovascular (HTA, diabetes mellitus y dislipemia) o con cardiopatía filiada y el número de pacientes derivados mensualmente al cardiólogo se exponen en la tabla 2, siendo el orden de presentación de los síndromes cardiológicos: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, arritmias, valvulopatías, cor pulmonale, otros (coeficiente de concordancia de Kendall 0,74; $p < 0,01$). Prácticamente la totalidad de los médicos encuestados tiene acceso al electrocardiograma (ECG) (99,3%) y la radiografía de tórax (99,3%) y solamente 13 médicos (8,8%) tienen acceso directo a la ergometría o ecocardiografía.

El parte de interconsulta (PIC) es utilizado por el 98%, pero sólo 16 médicos (10,8%) disponen de algún protocolo de derivación al cardiólogo. La opinión sobre el tiempo que tardan los pacientes en ser atendidos por el cardiólogo y la frecuencia con la que el cardiólogo contesta el PIC y su calidad quedan reflejados en la tabla 3. Con respecto al tratamiento indicado por el cardiólogo, 138 (93,2%) de los médicos encuestados lo adecuan a la evolución del paciente, frente a 10 (6,8%) que respondieron que no lo cambiaban nunca.

La administración del hospital raramente les comunica directamente el ingreso de sus pacientes cardiológicos: 115 (77,7%) opinan que nunca, 16 (10,8%) ocasionalmente, 7 (4,7%) con frecuencia y 10 (6,8%) siempre. Lo mismo ocurre con el alta hospitalaria, que nunca es comunicada en 79 (53,4%), ocasionalmente en 25 (16,9%), con frecuencia en 27 (18,2%) y siem-

pre en 16 (10,8%). Respecto a la concepción del MF sobre su relación con el hospital cuando el paciente cardiológico ingresa, destaca un alto grado de acuerdo sobre que: *a*) el MF debe interesarse por sus pacientes cardiológicos mientras están ingresados en el hospital (totalmente de acuerdo [TA] 46,6%, parcialmente de acuerdo [PA] 39,9%); *b*) la información de que dispone el MF puede ser útil para la atención del paciente cardiológico durante el ingreso (TA 70,3% y PA 25%); *c*) la asistencia periódica del MF al servicio de cardiología (SC) del hospital cuando sus pacientes están ingresados es de interés para mejorar la coordinación AP y AE (TA 43,2% y PA 37,8%); *d*) la asistencia periódica del MF al SC del hospital cuando sus pacientes están ingresados es de interés para mejorar la atención al paciente (TA 38,5% y PA 45,9%), y *e*) el MF no dispone de las facilidades necesarias para interesarse por sus pacientes cardiológicos mientras están ingresados en el hospital (TA 57,4% y PA 25,7%).

La opinión de los MF sobre la formación continuada y la interconsulta docente es bastante unánime en relación con: *a*) las sesiones clínicas conjuntas (MF, cardiólogos) deben realizarse en el CS (TA 45,3%, PA 36,5%); *b*) la rotación por el SC es de interés en el contexto de la formación continuada del MF (TA 85,1% y PA 13,5%); *c*) la asistencia periódica del MF al SC del hospital cuando sus pacientes están ingresados es de interés para mejorar su competencia profesional (TA 38,5% y PA 36,5%), y *d*) es de interés para desarrollar actividades de investigación (TA 28,4% y PA 33,1%). Finalmente, los MF consideran que el cardiólogo debe conocer mejor el ámbito y características

del funcionamiento de la AP siendo inadecuado en la actualidad (TA 88,5% y PA 11,5%).

DISCUSIÓN

El estudio presenta importantes limitaciones metodológicas como consecuencia del bajo porcentaje de respuestas obtenido y del sesgo de las contestaciones (93% MF vía MIR). Así mismo, la encuesta solamente arroja información de carácter cualitativo e, igualmente, no es un instrumento validado para la medida de la coordinación entre AE y AP.

El 80% de los encuestados admiten tener una presión asistencial alta y atienden a más de 30 pacientes al día, que equivaldría a una presión asistencial media semanal superior a los 150 pacientes. La mayoría atiende a más de 30 pacientes a la semana con factores de riesgo cardiovasculares y más de 10 pacientes a la semana con cardiopatías definidas. Entre ellas, la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca son los principales motivos de consulta. Así pues, más de un 20% de su actividad se refiere a la cardiología.

A pesar de la fuerte presión asistencial cardiológica, entre 20 y 80 pacientes con cardiopatías definidas y entre 100 y 200 pacientes con factores de riesgo cardiovascular mensuales, las derivaciones al cardiólogo son menos de 10 al mes, lo que denota una actividad importante del MF en el campo de la cardiología, y concretamente en el de la prevención de los factores de riesgo cardiovascular como también han referido otros autores⁵, sin que la encuesta pueda definir la calidad de su actuación. Sin embargo, el escaso número de derivaciones podría estar condicionado por las demoras importantes en las consultas de cardiología; según la mitad de los encuestados la demora en las consultas no urgentes es superior al mes y el de las urgentes mayor de una semana. Esto podría explicarse por las siguientes razones: *a)* el porcentaje de derivaciones de otros médicos de AP con distinto perfil es mayor; *b)* el enfermo acude directamente al cardiólogo obviando al MF o derivado por otras especialidades, y *c)* los propios cardiólogos tienen funciones solapadas con AP o los remiten a otros cardiólogos del hospital para la realización de pruebas específicas por carecer ellos mismos del acceso a técnicas (ecocardiografía y ergometría). Además, tan sólo un 10,8% de los MF refieren disponer de protocolos de derivación al cardiólogo cuando, a juicio de los expertos, parece ser una forma de coordinación aceptada⁴.

Aunque el acceso a la radiología de tórax y al ECG es universal, como se constata en la encuesta, la ergometría, tan útil en la valoración funcional y diagnóstica de la cardiopatía isquémica, y el ecocardiograma fundamental, también en la valoración anatómica y funcional del corazón, son escasamente accesibles debido, en parte, a la propia estructura hospitalaria de estos medios diagnósticos, que impide su disponibilidad.

Tan sólo el 8,8% de los encuestados dice tener acceso. Una dotación extrahospitalaria de estas técnicas con exploraciones realizadas por cardiólogos expertos facilitaría una mejor atención de los pacientes.

El PIC presenta algunos problemas: es pobre como documento aislado en la intercomunicación de los dos niveles, aunque el 75% de las respuestas lo considera bueno o aceptable e incluso excelente en un 8%. Un 26% de los médicos cree que, o bien son malos o que no les llegan las respuestas, síntoma claro de descoordinación (tabla 3). A pesar de ello, estos resultados son discretamente mejores que los obtenidos en la encuesta realizada en junio de 1994 por la Dirección General del Insalud a coordinadores de AP, aunque esta última se refería a los PIC de AE en general y no a la cardiología en particular⁴.

La tecnología electrónica e informática probablemente paliará en el futuro las deficiencias en este ámbito⁶. La mayoría de los MF adecuan el tratamiento sugerido por el cardiólogo a la evolución del paciente y sólo muy pocos (6,8%) lo siguen sin más.

Un tema de actualidad es la comunicación al MF por parte de la administración del hospital de las altas hospitalarias. En este sentido, en lo referente a la cardiología, los MF señalan en más de la mitad de los casos que no se hace, siendo en la mayoría de los casos el propio paciente el que informa al MF. Y la situación aún es peor si nos referimos a la comunicación al MF del ingreso de sus pacientes, donde hasta las tres cuartas partes de los encuestados señalan que no se hace nunca. En los momentos iniciales del ingreso el MF es el mejor informado sobre antecedentes y situación del paciente.

Los MF que responden la encuesta expresan su interés en estar informados y consideran que disponen de datos útiles para la atención del enfermo durante su hospitalización. Sin embargo, a este respecto revelan no disponer de ningún tipo de facilidades para ello, lo que implica un déficit importante de carácter estructural en la coordinación entre los dos niveles asistenciales.

Los MF defienden que el foro idóneo para su formación continuada es el CS y en esto coinciden con los expertos en AP que participaron en el estudio Delphi sobre el futuro profesional del MF³, pero se encuentran receptivos a visitar periódicamente los hospitales, no sólo por motivos asistenciales, sino también de investigación o de formación continuada. Las unidades de formación continuada de las áreas sanitarias o las propias sociedades científicas de las dos especialidades pueden articular esta actividad⁷.

CONCLUSIONES

La encuesta ha sido contestada por médicos jóvenes pertenecientes a EAP en CS urbanos, con formación vía MIR en la especialidad de medicina familiar y co-

munitaria, lo que representa un sesgo importante de la misma e impide generalizar los resultados. Todos ellos soportan una presión asistencial importante, con más de un 20% de problemas cardiológicos. Entre las opiniones que ellos tienen de la atención cardiológica especializada, resaltan la existencia de demoras de consulta excesivas y la escasa coordinación. Por otro lado, tienen una alta estima de la labor y utilidad de los hospitales para la investigación clínica y la formación continuada.

AGRADECIMIENTO

A los médicos de familia Raquel Calvo Müller y Pilar Costa Zamora, pertenecientes al Grupo de Trabajo Atención Primaria y Cardiología de la Sección de Cardiología Clínica, que con sus críticas y aportaciones hicieron posible la confección de la encuesta.

Al Colegio Oficial de Médicos de Madrid por facilitarnos la base de datos y a los médicos que contestaron la encuesta.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Encabo M, Alonso Durán B, Martín Acera S. Relación entre niveles asistenciales. En: Ruiz de Adana R, editor. Libro del año. Medicina Familiar y Comunitaria 1996. Madrid: Saned, 1996.
2. Morera J, Custodi J, Sánchez L, Miaja F. Análisis de la calidad de la información transmitida entre Atención Primaria y Atención Especializada. *Medifam* 1991; 3: 132-140.
3. Velasco Sánchez V, Otero Puime A, San Telesforo Navarro MJ. Indicación de la interconsulta: una característica de la calidad de la derivación de pacientes por el médico general. *Medifam* 1994; 4: 75-80.
4. Análisis prospectivo «Delphi». Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de Atención Primaria en el siglo XXI. Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1999; 5 (Supl 1): 5.
5. Plaza Pérez I, Taboada Taboada M, Herrero Jimeno JB, Gómez Guíndal JA, Román León MT. Cambio de actitud de los cardiólogos españoles con respecto al tratamiento hipolipemiente en prevención secundaria. Papel de la asistencia extrahospitalaria. *Rev Esp Cardiol* 1998; 51 (Supl 6): 54-62.
6. García Gallego F, Prats de Diego A. La historia clínica electrónica. *Inforsalud 95*, Libro de Comunicaciones. Madrid: SEIS, 1995; 4-9.
7. Castro Beiras A, Leiro Crespo M, Cosín Aguilar J, Cruz Fernández JM, Ferreira Montero I, Palazuelos Berto V et al. Formación continuada en cardiología. *Rev Esp Cardiol* 1998; 51: 85-89.