Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):459

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

G-64. - CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN EN CARDIOLOGÍA: DOS MODELOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE HOSPITAL. ¿ES UNo MEJOR QUE OTRo?

M. Barrionuevo Sánchez[1], G. Gallego Sánchez[1], C. Olmeda Brull[2], E. Cambronero Cortinas[1], A. Gómez Pérez[1], A. Valle Muñoz[3], M. Corbi Pascual[1], C. Lafuente Gormaz[1]

[1]Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.[2]Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Villarobledo. Villarrobledo (Albacete).[3]Servicio de Cardiología. Hospital de Denia. Dénia (Alicante).

Resumen

Objetivos: La consulta de alta resolución (CAR) busca conseguir en un solo acto asistencial la realización de las exploraciones necesarias para alcanzar el diagnóstico, disminuyendo los tiempos de espera y reduciendo los costes asociados a las visitas sucesivas. La cardiología parece ser una especialidad idónea para este tipo de consultas. Objetivo: comparar dos modelos de CAR en función de si la selección de pacientes (p) es realizada por un Cardiólogo vs la selección por otros especialistas (Médico de Atención Primaria principalmente) en dos entornos asistenciales diferentes: hospital comarcal (A) vs hospital terciario (B).

Métodos: Se incluyen 60 p consecutivos de la CAR del hospital A donde la selección de p, realización de exploraciones y evaluación del p depende de un único cardiólogo y se comparan con 60 p consecutivos de la CAR del hospital B donde la selección del p principalmente no la realiza el cardiólogo y con una mayor complejidad estructural y funcional hospitalaria.

Resultados: En ambos grupos las patologías que constituyen la consulta son similares, más del 60% de los motivos de consulta se agrupan en tres: dolor torácico, disnea y soplo. La procedencia en el Hospital A es un 70% desde atención primaria (AP), un 20% desde Urgencias y un 10% de otros especialistas, en cambio en el Hospital B un 36,6% de otros especialistas, un 33,3% desde AP y un 30% desde Urgencias. En la CAR del Hospital B no se consigue realizar el 25% de las exploraciones necesarias debido a problemas organizativos, en cambio en la CAR del Hospital A se realizan el 100% de las exploraciones necesarias. En la CAR del Hospital A se consigue un 69% de altas directas vs un 47% de altas en la CAR del Hospital B.

Conclusiones: Existen diferencias entre ambas CAR, tanto en el origen de los pacientes, capacidad de realizar las exploraciones necesarias en la misma cita como en el porcentaje de altas que se alcanzan. Parece que la consulta en el Hospital A donde la selección de pacientes y gestión es realizada por un solo cardiólogo es más coste-efectiva por el porcentaje de altas que se consigue y por tanto la reducción de sucesivas visitas, aunque también podría ser el reflejo de una mayor complejidad tanto de los pacientes como de la estructura y funcionalidad de un hospital terciario.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.