

# Influencia de la consulta monográfica de insuficiencia cardiaca crónica y comorbilidad asociada dirigida por internistas sobre la calidad asistencial y hospitalizaciones relacionadas

*Influence of a run-by-internists monographic consultation for patients with chronic heart failure and associated comorbidity on the quality of care and hospital readmission of monitored patients*

José Manuel Cerqueiro González<sup>1</sup>, Álvaro González Franco<sup>2</sup>,  
Carmen Abeledo Vázquez<sup>3</sup>, Carmen Fernández Pizarro<sup>4</sup>, Emilio Casariego Vales<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Lucus Augusti. Lugo

<sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital General de Asturias. Oviedo

<sup>3</sup>Personal de enfermería. Medicina Interna. Hospital Lucus Augusti. Lugo

<sup>4</sup>Personal de enfermería. Medicina Interna. Hospital Valle del Nalón. Asturias

## Resumen

**OBJETIVO:** Determinar la repercusión de una consulta monográfica para pacientes con insuficiencia cardiaca crónica (ICC) y comorbilidad asociada, dirigida por internistas y enfermería cualificada, sobre la calidad asistencial y los reingresos y la influencia en los ingresos de estos pacientes. Así como la influencia en los ingresos globales del hospital por IC.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de cohortes retro y prospectivo de 169 pacientes con ICC, incluidos en dos consultas monográficas similares, pertenecientes a dos hospitales de diferente ámbito asistencial (comarcal y provincial). Se evalúan porcentaje de pacientes que recibe fármacos de 1º línea, la adherencia al seguimiento y se compara los ingresos por ICC realizados el año previo y posterior al seguimiento. Para conocer el impacto de estas consultas, en base a los datos de los centros, se analiza la evolución en el nº de ingresos totales y estancias medias por ICC (GRDs 127, 544) durante los años 2001-2009. Coincide el ecuador de este periodo con la puesta en marcha de estas consultas.

**RESULTADOS:** Los pacientes sometidos al seguimiento recibieron fármacos de 1º línea en un porcentaje elevado (97.8% para IECAS/ARA-II, y 88% para BB), con una adherencia al seguimiento muy alta (90%) y con una reducción de los reingresos de hasta un 69%, con respecto al año previo. Desde los datos facilitados por ambos hospitales, se observa una disminución de la estancia hospitalaria global del servicio de Medicina interna por ICC de 3.5 días, un aumento de pacientes atendidos en Medicina interna y una disminución de los ingresos por ICC.

**CONCLUSIONES:** El seguimiento por internistas y enfermería de los pacientes con ICC y comorbilidad, basado en una atención continuada e integral, en la información y en la disponibilidad, es un buen método no solo para disminuir reingresos hospitalarios, sino que además puede influir en la mejora de las cifras globales de la hospitalización por ICC de estos enfermos. Además es implantable y eficaz en diferentes ámbitos asistenciales

**PALABRAS CLAVE:** insuficiencia cardiaca crónica, comorbilidad, consulta monográfica.

## Abstract

**TARGET:** To determine the impact of a monographic consultation, in which internists and specialized nursing play a main role, for patients with Chronic Heart Failure (CHF) and associated comorbidity on the quality of care and hospital readmission of these patients, as well as its influence on hospital global admission due to CHF.

**MATERIAL AND METHODS:** Prospective and retrospective cohort study with a scope of 169 patients with CHF, belonging to two hospitals with a different care level (district and provincial level), included in two similar monographic consultations. The percentage of patients receiving 1<sup>st</sup>-line drugs as well as their compliance are evaluated and compared to the admission rate due to CHF both during the previous year to the study and the year following the study. In order to find out the impact of these consultations according to data provided by hospitals, the development of the total number of admissions and average stay length due to CHF (GRDs 127, 544) from 2001 to 2009 are analyzed. The beginning of consultations falls on the middle point of this period.

**RESULTS:** A high percentage of patients subject to monitoring received 1<sup>st</sup>-line drugs (97.8% IECAS/ARA-II and 88% BB) with a very high compliance (90%). The readmission rate has been reduced down to 69% as compared to previous year. According to the data provided by both hospitals, the global stay length of Internal Medicine patients due to CHF has been reduced in 3.5 days, the number of patients handled in the Internal Medicine Area due to CHF has increased and the total admission rate due to CHF during the year period 2001-2009 has been reduced.

**CONCLUSION:** On what CHF and comorbidity patients are concerned, following a health program in which internists and specialized nursing play a main role and which is based on a continuous and comprehensive tracking, patient information, staff training and availability, is a good way not only to reduce the readmission of monitored patients, but also to improve CHF hospital stay global rates of these patients.

**KEYWORDS:** chronic heart failure, comorbidity, monographic consultation.

## Introducción

La insuficiencia cardiaca crónica (ICC) es, en pacientes mayores de 65 años, la primera causa de ingreso hospitalario por patología médica en España. Además su tasa de hospitalización se ha elevado en los últimos

10 años en un 45%, como consecuencia del incremento de los reingresos<sup>(1)</sup>. El 75% del gasto empleado en IC lo consume la hospitalización, y ha llegado a suponer hasta el 3% del gasto sanitario del país.

Las características del grueso de estos pacientes, son bien conocidas: predominio muy ligero del sexo femenino, 2 de cada 3 pacientes son mayores de 75 años, cardiopatías hipertensivas con función de eyección preservada o ligeramente disminuida, y sobre todo importante comorbilidad asociada<sup>(2,3)</sup>. Esta comorbilidad asociada hace que el paciente sea complejo, inestable y en definitiva de difícil manejo, por ello han sido excluidos de los grandes ensayos y como consecuencia carecemos de grandes evidencias sobre el mejor tratamiento<sup>(4)</sup>. Sobre todo si lo comparamos con las evidencias existentes en pacientes más jóvenes, con disfunción sistólica secundaria a una cardiopatía isquémica y sin comorbilidad asociada. Los servicios de urgencias son participes y concedores de la evolución de estos enfermos. Viven de cerca el problema y reclaman un control más estrecho, una forma diferente de seguimiento<sup>(5)</sup>. Es una recomendación I con un grado de evidencia A, que la inclusión de los pacientes con ICC en programas de seguimiento especiales mejora la calidad de vida<sup>(6)</sup>, y en términos cuantitativos consigue una disminución de reingresos hospitalarios. Por ello surgieron experiencias desde la Medicina Interna en varios hospitales Españoles, con resultados alentadores en términos de salud y calidad asistencial.

El objetivo del presente trabajo es mostrar, en dos hospitales de ámbitos asistenciales diferentes, la repercusión sobre la hospitalización de dos consultas monográficas, dirigidas por internistas y enfermería especializada, para pacientes ancianos con ICC y comorbilidad asociada.

## Metodos

Estudio de cohortes de la totalidad de pacientes ingresados en el años 2005 y posteriormente seguidos en la consulta monográfica de ICC de dos hospitales de distintos ámbitos asistenciales. El seguimiento se realizó al menos durante 1 año. El Hospital Lucus Augusti de Lugo (HULA) es un hospital de ámbito provincial, con 869 camas, dotado de todas las especialidades médicas (excepto Cirugía Torácica y Cardíaca). El Hospital Valle del Nalón (H V del N) sito en el municipio de Langreo (Asturias), es un hospital comarcal con 250 camas y servicios médicos limitados a las especialidades más básicas, incluyendo Cardiología y Medicina Interna. Ambos disponen de una consulta monográfica de ICC, dirigidas por internistas y enfermería especializada, para pacientes ancianos y con comorbilidad, En ambos casos su actividad se inició en el año 2005. Ambas consultas desempeñan idénticas tareas. La labor en las consultas es realizar un seguimiento integral, cubriendo la mayoría de los problemas del paciente; y continuado, con consultas de estabilización clínica al principio, posteriormente de implementación terapéutica y al final consultas de seguimiento, todas ellas protocolizadas y adaptadas a la necesidad del paciente, así como consultas no programadas para atender

situaciones de descompensación. Además se realiza la formación e información del paciente para lograr mejores niveles de adherencia terapéutica y de auto-control. En todos los casos se identificaron las fechas de ingreso y alta de la totalidad de reingresos hospitalarios por ICC que sufrieron estos pacientes durante el año del seguimiento. Se contabilizó el porcentaje de pacientes que recibió fármacos de 1º línea y la adherencia al seguimiento, entendiendo este por porcentaje de pacientes que lo mantuvieron hasta el final.

Para valorar el impacto de ambas consultas en la hospitalización en servicios médicos, en base a los datos de los centros correspondientes, se analiza la evolución de las estancias medias y el nº de episodios por IC (GRDs 127,544) entre los años 2001-2009, correspondiendo la puesta en funcionamiento de ambas consultas en el ecuador de ese período.

## Resultados

Entre ambos Centros se siguieron un total de 169 pacientes, 51 % varones y con edad media de 79.9 (DS 9.4) años. Las características generales de la serie se recogen en la Tabla 1. Con respecto a los resultados asistenciales, los pacientes sometidos al seguimiento tuvieron una adherencia al mismo del 90% (86% en el HULA, 98% en H V del N). La prescripción de fármacos de primera línea testados al final del seguimiento fue del 97.8% para IECAS/ARA-II (98% en el HULA, 97.6% en el H V del N), y del 88% para BB (74% en el HULA, 87.6% en V del N). (Tabla 2).

Durante el año de seguimiento se produjeron 55 reingresos por ICC (32%), 26 en el HULA (27.9%), y 29 en el H V del N. (38%). Esta cifra de reingresos fue de 70.7% inferior que en el año previo. Desglosado por hospitales supuso un descenso del 72% en el HULA y 69.5% en el H V del N. (Gráfico 1).

El impacto sobre la hospitalización, con la puesta en marcha de las consultas desde el año 2005, se traduce en una disminución en la estancia media de los pacientes ingresados por ICC en los servicios de Medicina Interna. La estancia media se redujo en ambos servicios de Medicina Interna a lo largo de 9 años de 3.5 días; correspondiendo 3.1 días en el HULA y 4.1 días en H V del N. (Gráfico 2).

Hubo una disminución del número total de ingresos por ICC e ambos centros. La disminución de los ingresos totales por ICC en cada centro fue más dispar, concretamente una reducción del 11% en Lugo y del 23.68% en el V del N.

Se observó un aumento de los ingresos por ICC en los servicios de Medicina Interna; si bien disminuyeron los ingresos totales por ICC (Gráfico 3).

Tabla 1. Comorbilidad de las cohortes estudiadas

	H V del Nalón (n 76)	HULA (n 93)	TOTAL (n 169)
EDAD (media,Ds)	78.6 ;11.2	79 ; 9.4	78.8; 10.2
Sexo (% varones)	51.2%	49%	50.1%
FE† Preservada	59%	74%	65%
HTA	79.6%	68.8%	73.5%
DM-II	32.63%	31,1%	31.7%
Dislipemia	68.4%	25,5%	46.9%
EPOC	29.5%	28%	29%
F.Auricular	56.8%	45%	50.5%
Enf. Cerebro-Vasc	31.5%	11.5%	27.3%
Art. Periférica	18.4%	9.17%	13.7%
3 ó más patologías		59,3%	
5 ó más patologías		40,9%	

DS\* desviación standard,FE† función de eyección

Tabla 2. Adherencia al seguimiento y porcentaje de fármacos de primera línea en ambas cohortes estudiadas

	H V del Nalón (n 76)	HULA (n 93)	TOTAL (n 169)
Adherencia	98,00%	86,00%	90,00%
IECAS/ARA-II	97.6%	98,00%	90,00%
B Bloqueantes	87.6%	74.2%	88.1%

Grafico 1. Disminución de la tasa de reingresos de los pacientes seguidos en ambas consultas monográficas. Desglosado por hospitales

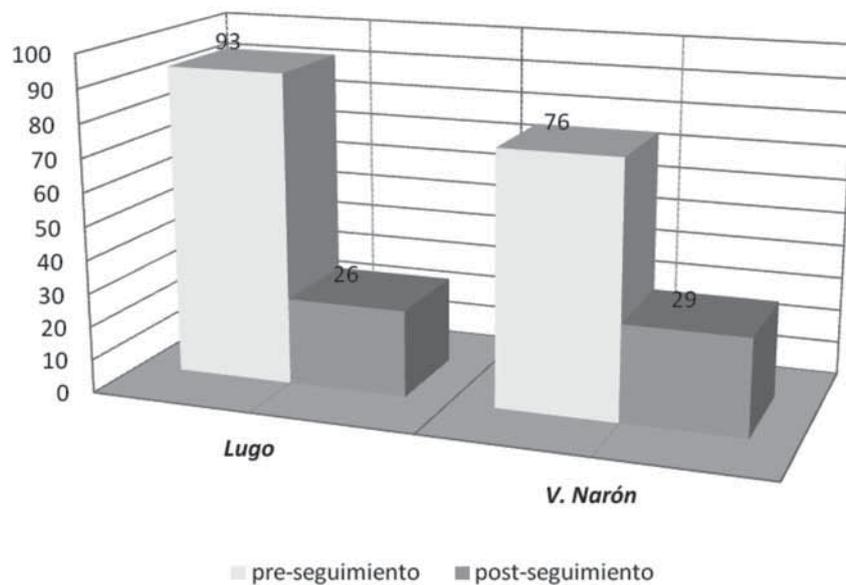


Grafico 2: Evolución de la estancia media de los ingresos por ICC (GRDs 127,544), en los servicios de Medicina Interna de ambos centros, a lo largo de los años 2001-2009. Hospital V del N (arriba) y el HULA (abajo)

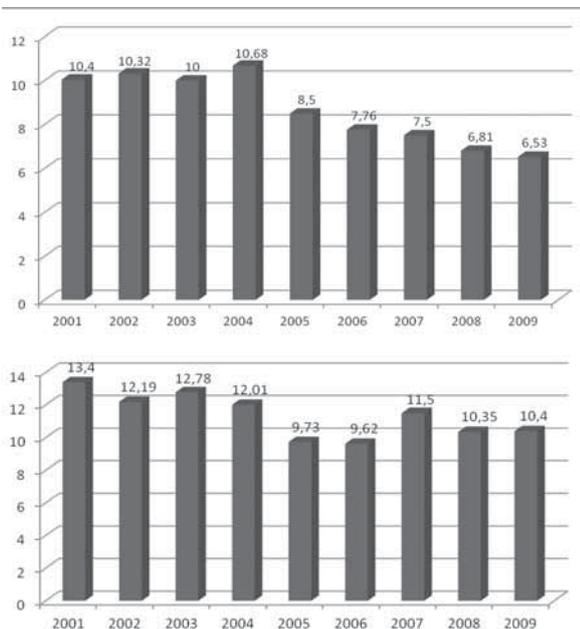
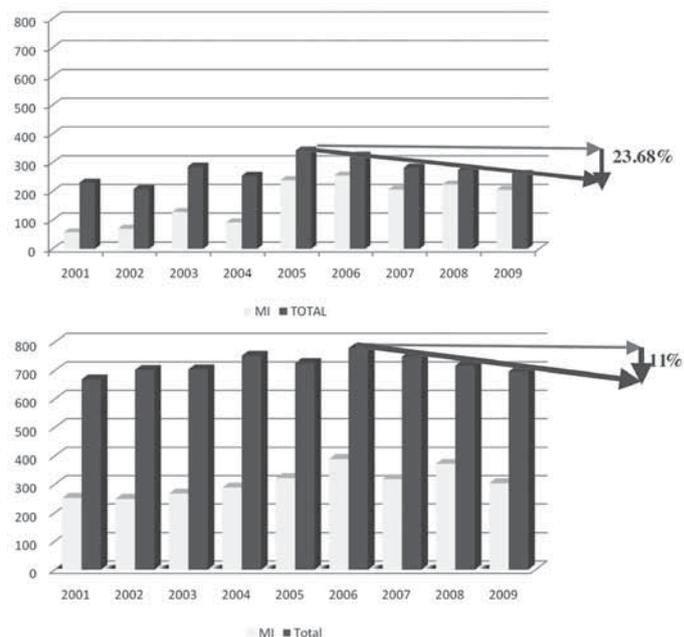


Grafico 3: Evolución del nº total de ingresos por ICC (GRDs 127,544) en los servicios médicos de ambos centros y en los servicios de Medicina Interna a lo largo de los años 2001-2009. H.V del N (arriba) y el HULA (abajo)



## Discusión

Este estudio muestra que una consulta monográfica de Medicina Interna y enfermería especializada dirigida a pacientes mas mayores con ICC y comorbilidad asociada, puede lograr una optimización terapéutica elevada, una alta adherencia al seguimiento, e influir en la reducción tanto los reingresos hospitalarios por ICC como la estancia media del paciente ingresado.

A diferencia del sistema tradicional, en la consulta monográfica se realiza un seguimiento continuado, adaptado a las necesidades del paciente; los internistas ofrecen una atención integral al manejar la mayoría de las comorbilidades asociadas; la enfermería aporta información y formación al paciente y/o cuidadores, mejorando el conocimiento de su enfermedad, la adherencia terapéutica y la detección precoz de los síntomas de alarma<sup>(7)</sup>. También ofrece accesibilidad mediante comunicación telefónica que permite corregir a tiempo procesos de descompensación y evitar situaciones más extremas. Nuestros resultados objetivan que la implantación de este programa, y la optimización terapéutica según guía clínica<sup>(8)</sup>, juega un papel en la evolución de la enfermedad<sup>(9)</sup>. Y con una adherencia al seguimiento extremadamente alta (86%)

Los pacientes atendidos por Medicina Interna son pacientes diferentes a los manejados por cardiología, presentan cardiopatías no complejas de manejo, pero son clínicamente mas difíciles, al ser mas ancianos, tolerar peor los fármacos, ser frecuentemente diabéticos y acompañarse de otras comorbilidades<sup>(10)</sup>. Por todo ello, el manejo integral de la pluripatología y

un seguimiento más continuado es lo más aconsejable. En ambas experiencias los pacientes obedecen a este perfil (Tabla 1). De hecho las características en edad y comorbilidad de ambos centros son superponibles.

La situación de ancianidad, comorbilidad e ICC hace imposible evitar la totalidad de los reingresos hospitalarios<sup>(11)</sup> a lo largo de los pocos años de vida que les restan a estos pacientes<sup>(12,13)</sup>. Sin embargo, la mejora de la calidad de vida que logra la consulta monográfica, se traduce en una reducción de reingresos hospitalarios por ICC.

Con seguridad este modelo de asistencia genera un mayor número de visitas a la consulta monográfica, tanto programadas como de demanda preferente. Pero a cambio permite una reducción de interconsultas a otras especialidades médicas, una mejor optimización terapéutica, una mejora en el estilo de vida, y en consecuencia un mejor control de su ICC; y además posibilita una atención más temprana en las fases de descompensación. Como consecuencia permite reducir ingresos hospitalarios. De hecho por cada cuatro consultas realizadas en la unidad de Lugo, se evito un re-ingreso (NNT 4,2)<sup>(14)</sup>.

Una unidad de este tipo en el seno de un servicio de Medicina Interna produce efectos múltiples. Por una parte *augmenta* el nº de ingresos por ICC a cargo del servicio de Medicina Interna con *reducción* del nº de ingresos totales en los servicios médicos por ICC. Esta redistribución se recogió en ambos centros, fundamentalmente a partir del año 2005. Por otra

parte observamos que la estancia media de los pacientes ingresados en ambos servicios de Medicina Interna mejora a lo largo de los años.

En estos cambios la consulta juega un papel debido a múltiples factores a analizar. Por un lado aumenta la implicación de los facultativos de Medicina Interna. Esto sucede cuando en el seno de un grupo de trabajo hay una unidad implicada en un problema determinado; de una forma silente, sensibiliza e influye en la dinámica del resto de facultativos. Por otro lado es un apoyo al alta, ya que ofertan capacidad para iniciar docencia el mismo día del alta, revisión pronta, escalada terapéutica progresiva y adaptada al paciente, y seguir aumentando los conocimientos de la enfermedad por parte del paciente y/o cuidadores. Facilitar las altas tiene su influencia en la estancia media. Y también colabora en disminuir las estancias, porque los pacientes adscritos al seguimiento que reingresan, son manejados por el personal de la unidad, que conoce al paciente y tiene ventaja a la hora del manejo hospitalario, evitando iatrogenias y complicaciones. Esto siempre es un apoyo no solo a disminuir las estancias medias, sino también la mortalidad intrahospitalaria<sup>(14)</sup>.

Observamos que el efecto consulta es positivo en ambos hospitales. Sin embargo, aunque son servicios de medicina interna similares, población enferma superponible y unidades de ICC parecidas, las diferencias estructurales juegan un papel favorecedor al hospital más pequeño. El hospital comarcal del H V del N por su menor nº de camas, menos servicios y menos facultativos, hace más fácil los seguimientos y evita la disgregación en los diferentes servicios del paciente. El hospital de Lugo es más grande, con más servicios y facultativos implicados, que dificulta el seguimiento una vez que el paciente acude a urgencias o su MAP decida otra valoración especialista. Esta disgregación facilita la pérdida de pacientes, de hecho la unidad de Lugo, aún teniendo un adherencia alta (86%) es menor a la del V del N (98%).

Se trata de hospitales de desigual tamaño, dinámicas distintas y un sin fin de diferencias, que hacen muy difícil la comparación de las cifras hospitalarias (estancias medias, ingresos globales...). También dentro de las unidades hay diferencias en el tiempo y dedicación dentro del horario laboral. Por todo ello comparar los resultados es difícil y afirmar a la vista de los mismos que estas unidades tengan más impacto en hospitales de menor tamaño, es cuanto menos arriesgado.

Y por las propias características señaladas de ambos hospitales, en el caso del H V del N, es más fácil atribuir las mejoras conseguidas en las macrocifras hospitalarias a la implantación de la unidad; sin embargo, en el HULA sería soberbia reducir dichas mejoras exclusivamente al efecto consulta, pero que sin duda es un arma más, y que probablemente esta influencia sea mayor en las cifras referidas al propio servicio de Medicina Interna.

Este tipo de seguimiento no solo es reproducible en pequeños hospitales comarcales de entorno rural (V del N), y hospitales provinciales de entornos rural-urbano (Lugo), sino que la primera consulta de este tipo fue creada en un Hospital de referencia de más de 1000 camas, perteneciente a un medio totalmente urbano y con todo tipo de especialidades implicadas en la ICC, como es el Hospital Ramón y Cajal de Madrid; pero es entendible que conocer la posible influencia de dicha unidad en las cifras generales del centro sea más difícil de objetivar. Por lo tanto un sistema de seguimiento adaptable a la necesidad del paciente, con una visión integral, una consulta de enfermería implicada entre otras en la información y control del paciente, y por último el autocontrol del propio paciente; es la base para mantener la estabilidad del paciente, disminuir los reingresos hospitalarios, reducir estancias medias y en definitiva mejorar la calidad de vida.

Por otra parte, los recursos empleados no suponen una inversión excesiva por parte del sistema. Implantar un programa de este tipo supone una diferente organización del personal integrado en el servicio y un cambio en el enfoque del paciente con ICC. Puesto que el trabajo consiste en optimizar las medidas ya conocidas (tratamientos y sistemas de control), sus principales ventajas son: es de bajo coste, y se integra bien, fácil y rápidamente en el trabajo habitual.

No se incluyeron análisis coste-efectividad, sin embargo, la reducción significativa de los reingresos, y en la estancia global hace pensar que la relación coste-eficacia se inclina a favor de este tipo de seguimientos<sup>(15)</sup>. En este aspecto el H V del N en base a la disminución de las estancias conseguidas y el coste por estancia hospitalaria según los datos publicados en el BOPA (16 de marzo de 2010), cifrados en 415.10 € por día, el ahorro económico obtenido en el año 2009, en comparación con el gasto generado en 2005 es de 499365.3 €.

Somos conscientes que no tenemos la solución ideal, no existe aún una evidencia terapéutica demostrada, pero las diversas experiencias que fueron surgiendo en estos últimos años desde la Medicina Interna de varios hospitales españoles, presentan resultados alentadores en términos de salud y calidad asistencial. Por ello y aunadas tres experiencias de diferentes consultas, han sido expuestas desde el grupo de trabajo de ICC de la SEMI, y en consecuencia se creó una plataforma (UMIPIC) desde la misma sociedad, con la finalidad de potenciar este tipo de seguimientos a lo largo de toda la geografía. En este momento, y a pesar de los grandes problemas económicos, existen unas 20 consultas/unidades de nuevo funcionamiento perteneciente a dicha plataforma, con similar tipo de funcionamiento y distribuidas en todo tipo de hospitales. Que además adhieren los pacientes a un registro nacional (RICA), tras consentimiento informado, lo cual facilitará datos asistenciales de más peso que refuercen esta actitud.

Nuestros datos de dos hospitales distintos, en dos comunidades Autónomas distintas, hacen pensar que se trata de un sistema de trabajo implantable y eficaz en distintos ámbitos asistenciales. Por lo que es de interés para el sistema público de salud su implantación.

## Conclusión

El seguimiento por internistas y enfermería entrenada, de los pacientes con ICC y comorbilidad, basado en una atención continuada e integral, en la información y en la disponibilidad; es un buen método para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Capaz, no solo de disminuir reingresos hospitalarios en los pacientes seguidos, sino que también puede influir en la mejora de las cifras globales de la hospitalización por ICC. Además es implantable y eficaz en diferentes ámbitos asistenciales.

### FINANCIACIÓN:

Estudio Lucense financiado con las ayudas PI06/90432 del Fondo de Investigaciones Sanitarias del Ministerio de Sanidad y PGDITO6BTF91701PR de la Consellería de Industria de la Xunta de Galicia

Estudio Asturiano: No financiado

## Bibliografía

- Rodríguez-Artalejo F, Guallar P, Banegas JR, Del Rey J. Trends in hospitalization and mortality for heart failure in Spain, 1980-1993. *Eur Heart J* 1997; 18:1771-9.
- Montes J, Lado M, Rey G et al. Demografía de la insuficiencia cardíaca en Galicia. Análisis de diferentes poblaciones y ámbitos asistenciales. *Galicia Clin* 2008; 69 (1): 7-10.
- Conthe P, Montoto C, Forteza J, et al. Comisión redactora SEMI-IC. Grupo de trabajo de insuficiencia cardíaca de la Sociedad Española de Medicina interna (SEMI). La Insuficiencia Cardíaca en los servicios de medicina Interna (estudio SEMI-IC). *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 605-10
- Rich MW. Office management of heart failure in the elderly. *Am J Med* 2005 (118:342-348)
- Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *Eur Heart J* 2008; 29: 2388-2442
- Ezekowitz JA, Bakal JA, Kaul P, Westerhout CM, Armstrong PW. Acute heart failure in the emergency department: short and long-term outcomes of elderly patients with heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2008;10: 308-319
- Abeledo MC, Mosquera E, Cerqueiro J. et al. La consulta de enfermería en el control de pacientes con insuficiencia cardíaca. 2º Congreso nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. Santiago de Compostela. 2010
- Jessup M, William T. Abraham WT, Donald E. Casey et al. 2009 Focused Update: ACCF/AHA Guidelines for the Practice Guideline: Focused Update. Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2009. *Circulation* 2009;119:1977-2016.
- Pfeiffer MA, Kart MD et al. Effects of candesartan on mortality and morbidity in patients with chronic heart failure: the CHARM-Overall programme. *The Lancet* 2003, 759 – 766.
- Montero Pérez-Barquero M, Conthe Gutiérrez P, Román Sánchez P et al.; Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca de Sociedad Española de Medicina Interna (estudio SEMI-IC). Comorbilidad de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca en los servicios de medicina interna. *Rev Clin Esp.* 2010; 210:149-58.
- Krumholz HM, Chen Y, Wang Yet al. Predictors of readmissions among elderly survivors of admission with heart failure. *Am Heart J.* 2000; 139:72-7.
- Owen A. Life expectancy of elderly and very elderly patients with chronic heart failure. *Am Heart J.* 2006;151(6):1322.e1-4.
- Goldberg R, Ciampa J, Lessard D et al. Long-term Survival After Heart Failure: A Contemporary Population-Based Perspective. *Arch Intern Med.* 2007; 167:490-496.
- Cerqueiro Glez JM, Terrón Pérez F, Abeledo Vázquez C, et al. Resultados asistenciales de una consulta monográfica para pacientes con insuficiencia cardíaca. Estudio de cohortes. *Galicia Clínica.* 2010; 71 (3); 107-10.
- Anguita M. Programas de intervención en la insuficiencia cardíaca: análisis crítico. *Rev Esp Cardiol* 2007; 7: 45-56.