



5001-2. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA CONSULTA ELECTRÓNICA (E-CONSULTA) EN UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

Pilar Mazón Ramos¹, Daniel Rey Aldana², José Luis López-Barreiro¹, Manuel Portela-Romero³, Alberto García-Castelo¹, José Manuel Pazos-Mareque¹, Sergio Cinza-Sanjurjo⁴ y José Ramón González-Juanatey¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña. ²Centro de Salud A Estrada, Pontevedra. ³Centro de Salud Concepción Arenal, Santiago de Compostela, A Coruña. ⁴Centro de Salud de Porto do Son, A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: Evaluar el impacto clínico de la puesta en marcha de un modelo de atención ambulatoria que incluye una consulta electrónica (e-consulta) inicial comparándolo con un modelo presencial de acto único.

Métodos: Se seleccionaron pacientes con al menos una consulta al Servicio de Cardiología entre 2010 y 2019. Entre 2008 y 2012 se implanta un modelo de consultas de acto único, en el que los pacientes remitidos por los médicos de atención primaria (AP) a Cardiología, además de la consulta presencial, el cardiólogo les realiza en la misma jornada las pruebas complementarias necesarias para el diagnóstico. A partir de 2013 se implementó un modelo de e-consulta universal, que incluye una primera consulta no presencial (e-consulta). En este modelo, la petición de consulta se realiza a través historia clínica electrónica compartida (IANUS) que incluye, además del motivo de consulta, las pruebas complementarias realizadas. De esta forma se resuelven algunas consultas telemáticamente, en las que se plantea una estrategia diagnóstica y terapéutica al médico de AP. El resto de los pacientes son remitidos a una consulta presencial de acto único. Mediante un modelo de regresión de series temporales interrumpidas, comparamos ambos modelos para analizar el impacto de la incorporación de la e-consulta en el modelo asistencial, evaluando: tiempo de espera de la atención, asistencias a urgencias, ingresos hospitalarios y mortalidad.

Resultados: Analizamos 47.377 pacientes: 61,9% atendidos incorporando la e-consulta y el 38,1% en el modelo de consulta presencial de acto único (tabla). El tiempo de demora de la atención en el modelo de e-consulta (mediana [RIC]: 7 días [5-13]) fue menor que en el modelo presencial (mediana [RIC]: 33 días [14-81]), $p < 0,001$. El modelo de regresión para series temporales interrumpidas mostró que la incorporación de la e-consulta aportó una disminución muy importante en la demora de la atención manteniéndose en torno a los 9 días, aunque con ligeras oscilaciones. Los pacientes valorados vía e-consulta tuvieron menos ingresos hospitalarios (0,9% frente a 1,2%, $p = 0,0017$) y menor mortalidad (2,5% frente a 3,9%, $p < 0,001$) (fig.).

Características clínico-epidemiológicas de los 4 grupos de análisis

	Total	Modelo acto único	Modelo e- consulta	P e- consulta frente a acto único	Modelo e-consulta		
					Sin presencia	1 visita presencial	? 2 consultas presenciales
N	47,377	18,056	29,321		6,262	8,922	14,137
Mujeres (%, [IC95%])	49,5	49,4	49,6	0,661	47,3	52,2	49,0
Edad	63,8 ± 18,5	63,6 ± 18,5	63,9 ± 18,5	0,079	58,6 ± 21,7	61,8 ± 19,2	67,6 ± 15,7
Antecedentes personales							
HTA (%)	57,0	55,0	58,3	0,001	48,3	54,6	65,1
DM (%)	20,3	20,7	20,0	0,048	15,6	18,2	23,0
Sobrepeso- obesidad (%)	17,5	27,2	28,3	0,001	22,6	27,6	31,3
Enfermedad cardiovascular (%)	25,6	27,0	24,8	0,001	13,0	15,4	35,9
Fibrilación auricular (%)	22,0	21,0	22,6	0,001	10,3	18,1	30,8
Insuficiencia cardiaca (%)	9,9	11,1	9,2	0,001	3,9	5,4	13,9
Enfermedad vascular cerebral (%)	5,0	6,0	4,4	0,001	3,7	3,6	5,2
Enfermedad arterial periférica (%)	3,8	3,9	3,8	0,703	2,5	3,1	4,9

DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensión arterial.



Modelo de regresión para la mortalidad en el diseño de series temporales interrumpidas.

Conclusiones: Un programa de atención ambulatoria que incluye una e-consulta ha mostrado reducir los tiempos de espera de manera importante y es un modelo seguro con menor tasa de ingresos hospitalarios y mortalidad en el primer año.