



9. UN PROGRAMA DE CONSULTA ELECTRÓNICA MEJORA LA ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN CARDIOLÓGICA Y EL PRONÓSTICO

Víctor Jiménez Ramos¹, Pilar Mazón Ramos¹, Sergio Cinza-Sanjurjo², David García Vega¹, Manuel Portela Romero³, Moisés Rodríguez Mañero¹, Daniel Rey Aldana⁴, Agustín Pía Morandeira⁵, Ricardo Lage Fernández¹, Francisco Gude Sampedro¹, Pablo de la Fuente López¹, Javier Adarraga Gómez¹ y José Ramón González Juanatey¹

¹Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela IDIS, Centro Singular de Investigación en Medicina Molecular y Enfermedades Crónicas CIMUS, y CIBERCV, Santiago de Compostela (A Coruña), España, ²Centro de Salud Milladoiro, Santiago de Compostela (A Coruña), España, ³Centro de Salud Concepción Arenal, Santiago de Compostela (A Coruña), España, ⁴Centro de Salud de A Estrada, Santiago de Compostela (A Coruña), España y ⁵Centro de Salud Noia, Santiago de Compostela (A Coruña), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El diagnóstico e inicio de anticoagulación precoz son determinantes en el pronóstico de los pacientes con fibrilación auricular. El uso de un sistema de interconsulta electrónica podría conllevar una mejoría en el acceso sanitario reduciendo el tiempo de espera de valoración por un especialista de cardiología. El objetivo del estudio se trata de evaluar el impacto de la implementación de un sistema de interconsulta electrónica comparado con un sistema previo de consulta presencial para todas las derivaciones de médicos de atención primaria y evaluar la relación entre el retraso en la atención cardiológica y el pronóstico, en particular, riesgo de ictus.

Métodos: Se incluyen 10.488 pacientes con sospecha diagnóstica de fibrilación auricular comprendido entre enero de 2010 y diciembre de 2019. Se compara a los pacientes que recibieron una consulta presencial (período entre 2010-2012) con los pacientes que recibieron atención inicialmente telemática mediante el sistema de e-consulta (2013-2019) teniendo en cuenta la presencia de una historia clínica electrónica compartida.

Resultados: En el período de e-consulta 6.627 pacientes fueron valorados mientras que en el período de consulta presencial fueron evaluados 3.861 pacientes. El uso del sistema de e-consulta se asoció a una reducción en el inicio de la anticoagulación ($177,6 \pm 8,9$ vs $22,5 \pm 8,1$ días, $p < 0,001$) y un mayor uso de anticoagulantes de acción directa (61% [IC95%: 19,6-102,4%], $p < 0,001$). El uso del sistema de e-consulta además se asoció a una reducción de la mortalidad cardiovascular (0,48 [IC95%: 0,30-0,75]) y mortalidad total al año (0,42 [IC95%: 0,29-0,62]). El uso de anticoagulantes de acción directa reduce el riesgo de mortalidad por ictus (0,15 [IC95%: 0,06-0,39]) y mortalidad cardiovascular (0,43 [IC95%: 0,29-0,62]) y mortalidad por cualquier causa (0,23 [IC95%: 0,17-0,31]).

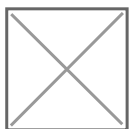
Análisis multivariado de los factores de riesgo asociados a hospitalización y mortalidad por ictus, causa cardiovascular y por cualquier causa

	Hospitalización por ictus	Mortalidad por ictus	Hospitalización por causa cardiovascular	Mortalidad cardiovascular	Mortalidad por cualquier causa
	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Edad	1,05 (0,98-1,14)	1,03 (0,97-1,11)	0,99 (0,98-1,01)	1,08 (1,04-1,12)	1,09 (1,06-1,12)
Género					
Mujer (referencia)	1	1	1	1	1
Hombre	0,49(0,14-1,77)	0,38 (0,010-1,41)	1,47 (1,14-1,90)	0,93 (0,50-1,74)	2,29 (1,45-3,64)
Comorbilidades					
Hipertensión arterial	3,42 (0,77-15,23)	0,58 (0,15-2,16)	0,77 (0,59-1,01)	1,92 (0,61-2,33)	0,87 (0,54-1,42)
Diabetes mellitus	2,26 (0,61-8,31)	0,78 (0,19-3,13)	1,21 (0,29-1,57)	1,07 (0,56-2,05)	0,96 (0,59-1,56)
Cardiopatía isquémica	1,71 (0,46-6,36)	0,87 (0,22-3,43)	1,75 (1,35-2,26)	1,54 (0,83-2,87)	1,19 (0,75-1,91)
Insuficiencia cardiaca	1,19 (0,75-1,91)	0,80 (0,21-3,08)	2,32 (1,78-3,02)	2,32 (1,78-3,02)	1,73 (1,07-2,79)
Enfermedad cerebrovascular	77,24 (8,31-717,48)	3,26 (0,34-30,79)	1,24 (0,78-1,99)	1,65 (0,51-5,33)	1,25 (0,53-2,97)
Arteriopatía periférica	1,90 (0,43-8,36)	0,71 (0,13-4,02)	1,11 (0,80-1,52)	1,05 (0,49-2,23)	1,44 (0,84-2,47)

Características de la FA

CHA ₂ DS ₂ -VASc (puntos)	0,63 (0,23-1,74)	1,22 (0,42-3,55)	1,06 (0,87-1,30)	0,90 (0,53-1,53)	1,00 (0,68-1,47)
Anticoagulación oral	0,83 (0,38-1,80)	0,15 (0,06-0,39)	0,89 (0,77-1,06)	0,43 (0,29-0,62)	0,23 (0,17-0,31)
Actividad sanitaria					
Visitas a urgencias (al año)	6,50 (2,78-15,22)	5,89 (2,68-13,01)	2,60 (2,11-3,21)	33,95 (22,95-50,23)	102,04 (72,98-142,68)
Tiempo de espera hasta respuesta de e-consulta	0,98 (0,96-1,00)	0,99 (0,98-1,01)	0,99 (0,992-0,997)	1,00 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,01)
Modelo presencial (referencia)	1	1	1	1	1
Modelo de e-consulta	0,47 (0,19-1,14)	0,54 (0,24-1,19)	0,94 (0,78-1,13)	0,48 (0,30- 0,75)	0,42 (0,29-0,62)

FA: fibrilación auricular; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza.



Análisis de series temporales interrumpidas para demora de evaluación (A), uso de anticoagulación oral (B) y mortalidad total en el primer año tras la consulta (C).

Conclusiones: El uso de un sistema de interconsulta electrónica desde primaria con especialistas de cardiología en contexto de la existencia de una historia clínica electrónica compartida reduce significativamente el tiempo de espera de valoración por un cardiólogo y el inicio de anticoagulación oral. El uso de este sistema además se asocia a un menor riesgo de ictus, mortalidad cardiovascular y mortalidad por cualquier causa.