

## COVID-19 y enfermedad cardiovascular

## Reorganización de la actividad asistencial ambulatoria en la era de la COVID-19. La hora de la e-consulta

Pilar Mazón Ramos<sup>a,b,\*</sup>, Alejandro Virgós Lamela<sup>a,b</sup> y José Ramón González-Juanatey<sup>a,b</sup><sup>a</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España<sup>b</sup>Centro de Investigación en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), España**Palabras clave:**Asistencia ambulatoria  
Coordinación asistencial en cardiología  
Atención no presencial  
Telemedicina**RESUMEN**

La situación actual consecuencia de la pandemia de COVID-19 nos apremia a la reorganización de la atención ambulatoria, entre otras actividades médicas. Las medidas urgentes que se impusieron durante el periodo de confinamiento obligaron a una reestructuración de las consultas que se ha convertido en una oportunidad de cambio y una necesidad para el futuro. Es el momento de innovar con la implantación de nuevas modalidades de asistencia, apostando por la atención no presencial, con el propósito de garantizar la seguridad de los pacientes, pero también optimizar los recursos y el gasto sanitarios, evitando consultas innecesarias y repetición de actos médicos. Hay exitosas experiencias previas de la telemedicina tanto para comunicación entre profesionales como para la relación médico-paciente. El desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación nos brinda multitud de oportunidades para esta reorganización, que deben adaptarse a cada realidad, pero siempre primando la calidad asistencial.

**Reorganizing outpatient care in the era of COVID-19. Time for e-consultations****ABSTRACT**

The current situation caused by the COVID-19 pandemic has forced us to reorganize outpatient care, along with other health-care activities. Urgent measures imposed during the lockdown period have necessitated the reorganization of patient consultations, which has provided an opportunity to make changes that may become essential in the future. Now is the time to innovate by implementing new modalities of care, for example by trying out remote patient care, not only to guarantee patient safety, but also to optimize the use of health-care resources and expenditure and to avoid unnecessary consultations and the duplication of medical efforts. Previously, telemedicine has been used successfully both for communications between professionals and in the doctor-patient relationship. The development of information and communication technologies has given us a plethora of opportunities for reorganization, which must be adapted to each real-life situation while bearing in mind that care quality is a priority.

**Keywords:**Outpatient care  
Cardiovascular care coordination  
Remote health-care  
Telemedicine**INTRODUCCIÓN**

En los últimos años estamos asistiendo a un imparable desarrollo en las técnicas tanto diagnósticas como terapéuticas, que ha supuesto un gran cambio en la atención a las enfermedades cardiovasculares; innovación que apenas se ha trasladado a la atención ambulatoria que, salvo escasas excepciones, continúa con un formato clásico (incluso obsoleto) idéntico desde hace décadas. En paralelo, la mejora pronóstica de la mayoría de las cardiopatías, con su consiguiente cronificación, y el envejecimiento poblacional han aumentado de forma exponencial el número de pacientes con cardiopatías que podrían ser susceptibles de seguimiento continuado, lo cual satura los servicios de cardiología, a pesar de que en la mayoría de las ocasiones no es necesario que los atienda específicamente un cardiólogo y sería

mucho más adecuado el control periódico en atención primaria dentro de programas de coordinación entre niveles asistenciales.

Desde hace tiempo las diferentes sociedades científicas implicadas están proponiendo programas para distribuir esta demanda asistencial. Se han desarrollado diversos protocolos con la intención de seleccionar a los pacientes que sí deben ser atendidos por especialistas y evitar actos médicos innecesarios, que causan trastornos a los pacientes, sobrecarga asistencial y mayor gasto sanitario, pero la inercia, la falta de ideas y motivación y la comodidad han impedido que se diera el salto cualitativo y cuantitativo indispensable para su implementación.

La dramática situación actual consecuencia de la pandemia de la enfermedad coronavírica de 2019 (COVID-19) apremia a la reorganización de la atención ambulatoria, pues es imprescindible mantener un distanciamiento social para evitar la exposición al contagio, sobre todo a la población más vulnerable, que incluye a todos los pacientes con enfermedades cardiovasculares<sup>1,2</sup>.

Lo sucedido durante el periodo de confinamiento ha obligado a instaurar medidas extraordinarias que pueden considerarse el punto

\*Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Travesía A Choupana s/n, 15706 Santiago de Compostela, A Coruña, España.

Correo electrónico: pilarmazon@yahoo.es (P. Mazón).

de partida para una futura, ya presente, reorganización de la actividad asistencial ambulatoria. Estas medidas van encaminadas, sobre todo, a evitar la presencia innecesaria de los pacientes en los centros sanitarios. Así, por un lado se potencia la atención no presencial y, por otro, se determina qué pacientes sí deben continuar su seguimiento por cardiología.

El nuevo entorno sanitario y las previsiones a corto-medio plazo nos obligan a utilizar todos los recursos tecnológicos a nuestra disposición e implantar nuevas vías no presenciales de atención con el objetivo de mantener la distancia social y la excelencia asistencial<sup>3</sup>. Debemos garantizar canales de acceso rápido a las diferentes modalidades de consultas no presenciales y definir un circuito de continuidad asistencial que pueda considerar en algunos casos la consulta presencial, teniendo en cuenta las limitaciones inherentes a la actual situación sanitaria<sup>4,5</sup>.

## TELEMEDICINA

El modelo o modelos de atención «no presencial» que se proponen se engloban en el amplio concepto de telemedicina, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998 como «la prestación de servicios de salud, en los que la distancia es un factor determinante, por profesionales sanitarios a través de la utilización de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para el intercambio de información válida para el diagnóstico, el tratamiento, la prevención de enfermedades, la investigación y la evaluación y para la formación continuada de profesionales sanitarios, todo ello con el objetivo final de mejorar la salud de la población y de las comunidades»<sup>6</sup>.

Han transcurrido más de 20 años, pero esta definición sigue vigente y se incorpora en el impresionante avance tecnológico y la situación actual, impensable entonces, de la necesidad de distanciamiento social. El progreso en las tecnologías de la información y las comunicaciones aplicadas a la salud ha sido fundamental, todo ello junto con el uso generalizado de internet en los hogares y el incremento de las capacidades de los teléfonos móviles y otros dispositivos, que han propiciado el desarrollo de la actual telemedicina<sup>7</sup>.

La telemedicina engloba aspectos asistenciales y también educativos. En este artículo se revisan las principales modalidades de atención

no presencial: econsulta entre profesionales, consultas telefónicas o videollamadas con los pacientes y programas de telemonitorización. Algunas de estas actividades ya están plenamente implantadas en algunos sistemas de salud, mientras que otras están en periodo de desarrollo, pendientes de la disponibilidad de nuevas herramientas informáticas (figura 1).

## Modelo e-consulta

Este modelo se basa en las tecnologías de la información y en la utilización de la historia clínica electrónica compartida, y supone una mayor fluidez en la relación entre niveles asistenciales para mejorar la atención a los pacientes y reducir desplazamientos y tiempos de espera. El médico de atención primaria o de otra especialidad que visita al paciente solicita una valoración (e-consulta) al cardiólogo, quien tiene acceso en la historia clínica a toda la información y los exámenes realizados y, tras su revisión detallada, responde por la misma vía proponiendo las conductas de tratamiento del paciente y, en los casos necesarios, generando una cita de consulta presencial cuando el paciente deba acudir a la consulta de cardiología.

En el Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), en 2013 se desarrolló e implementó un proyecto de econsulta universal consensuado con los gestores del área sanitaria, médicos de atención primaria y cardiólogos, que establecía la consulta no presencial a través de la historia clínica electrónica (IANUS) como única vía de derivación de pacientes para primera valoración por el cardiólogo. En todas las solicitudes debe especificarse el motivo de la demanda asistencial y adjuntarse los estudios complementarios indicados por protocolo en cada caso (ECG, analítica, etc.). En los diferentes documentos de consenso de gestión de los procesos asistenciales más prevalentes de patología cardiovascular elaborados en nuestra área sanitaria, se incluye la econsulta como parte fundamental del proceso<sup>8-10</sup> (figura 2).

Se compararon los resultados de las e-consultas efectuadas desde entonces con las consultas «clásicas» realizadas entre 2008 y 2012, cuando la derivación consistía siempre en una consulta presencial en la que además se realizaban todas las pruebas necesarias, una con-

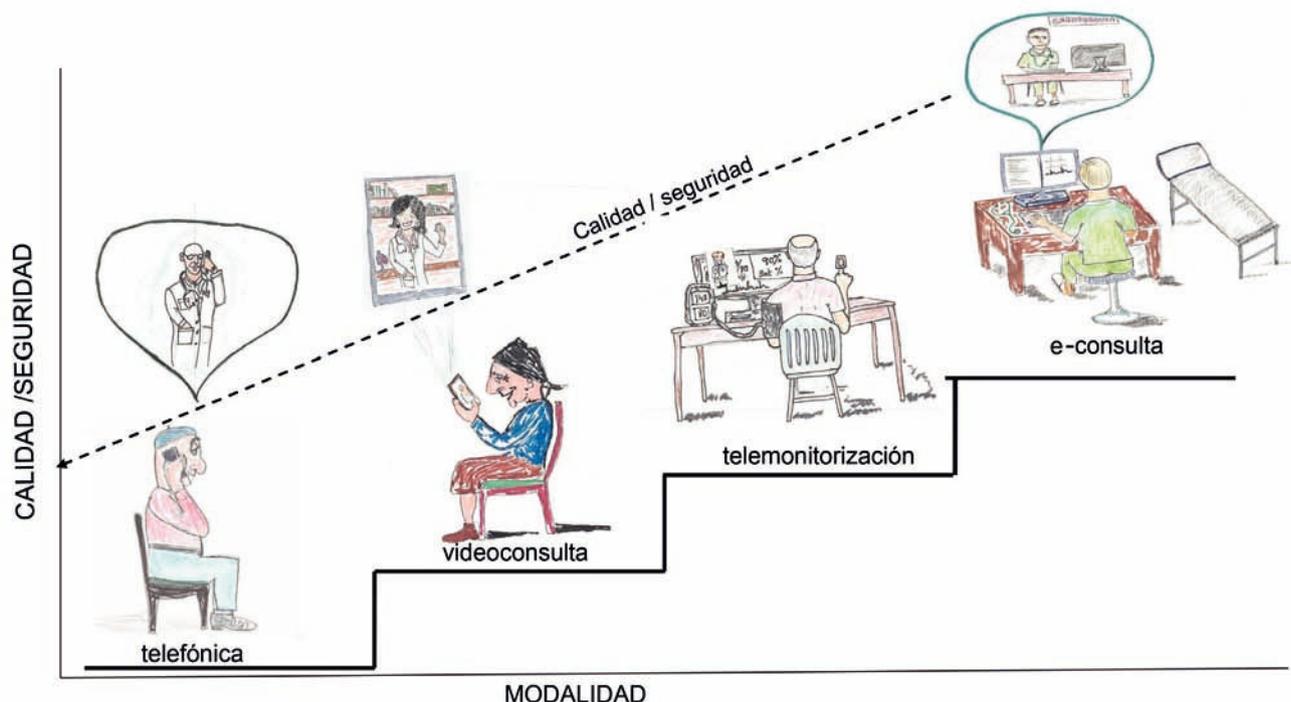


Figura 1. Modalidades de atención no presencial. Figura de elaboración propia.

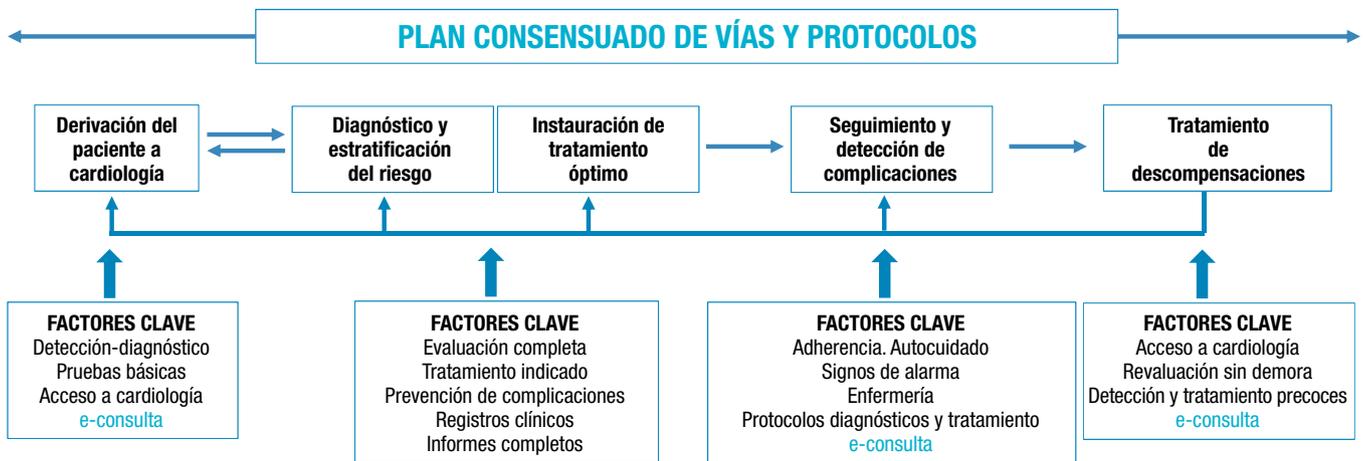


Figura 2. Plan consensuado de vías y protocolos. Figura elaborada con datos de González-Juanatey<sup>8,10</sup> y de Varela-Román<sup>9</sup>.

sulta de «acto único». Se incluyeron en total 47.377 consultas, de las que el 61,9% corresponde al modelo de econsultas y el 38,1%, al modelo de consulta presencial de «acto único», hasta 2012. Entre las econsultas realizadas, el 21,4% no precisó consulta presencial posterior, en el 30,4% se realizó 1 consulta presencial y en el 48,2%, 2 o más consultas presenciales. El tiempo medio de respuesta de la econsulta fue de 9,9 ± 0,1 días, frente a los 57,1 ± 0,2 días de la consulta presencial clásica ( $p < 0,001$ ). Además, en todas las formas de e-consulta, se valoró a más del 50% de los pacientes en menos de 8 días y a más del 75%, en menos de 15 días, frente al 14,5 y el 26% de la forma clásica de consulta ( $p < 0,001$ ). Las asistencias a urgencias y los ingresos hospitalarios también fueron menores en los pacientes remitidos por econsulta que con la forma clásica ( $p < 0,001$ ). Otro hallazgo interesante es que por esta vía no hay diferencias en el acceso a la consulta de cardiología en función de la distancia geográfica a la que viva el paciente, como sí ocurría cuando la única posibilidad era la atención presencial, que favorecía que se atendiera sobre todo a pacientes que residían cerca del hospital (datos no publicados).

Datos más recientes, de las consultas realizadas durante 2019, reflejan una menor demora, inferior a 1 semana tanto en la respuesta a las econsultas como en la cita de consulta presencial posterior cuando estaba indicada; aproximadamente el 33% de las e-consultas se resolvieron sin necesidad de que el paciente acudiera en persona, similar a otras series<sup>11-13</sup>.

Las principales ventajas de la e-consulta en lo que se refiere a la rapidez de acceso y respuesta y que toda la información clínica generada quede registrada en la historia clínica han permitido sustituir otras iniciativas de coordinación entre atención primaria y cardiología, como la existencia de cardiólogo consultor, vía telefónica o asistiendo periódicamente a los centros de salud para resolver dudas y comentar casos.

A partir de ahora, en el marco de la necesaria reorganización de la atención ambulatoria, la e-consulta deberá tener una nueva dimensión tanto en oferta como en objetivo, y pasar de incluir solo a pacientes de primera consulta a centralizar todas las demandas asistenciales externas a nuestro servicio tanto de atención primaria como de consultas de otros servicios hospitalarios. Como novedad, cuando se necesite información complementaria a la econsulta, se podrá generar una consulta telefónica previa a una presencial.

En nuestro nuevo modelo asistencial ambulatorio post-COVID, en línea con los procesos asistenciales (insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica y fibrilación auricular) oficiales de nuestro servicio, se ha definido un conjunto de perfiles de pacientes para quienes no es precisa una cita programada en cardiología. El seguimiento clínico se llevará a cabo en los centros de asistencia primaria que derivarían a los pacientes al cardiólogo en caso de duda sobre el proceso diagnós-

tico o terapéutico del paciente o inestabilidad clínica; tras una valoración por su médico de asistencia primaria, se remitirá al paciente mediante una econsulta o a urgencias hospitalarias a criterio de dicho profesional.

### Consulta telefónica

En nuestra comunidad ya había práctica en este tipo de consulta, pues desde 2013 está disponible la consulta telefónica de atención primaria, puesta en marcha por el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) en las especialidades de Medicina de Familia, Pediatría, Enfermería, Matrona, Odontología, Higiene bucodental y Trabajo social. La puede pedir el propio paciente voluntaria y directamente en el momento en que solicita la consulta, y elegir entre ser atendido por teléfono, con las mismas características de tiempo y distribución que la opción de ser atendido en persona, o que la programe el personal sanitario, sobre todo para información de resultados y seguimiento de enfermedades crónicas. En todas estas especialidades, el porcentaje de resolución de la consulta telefónica es similar, y los casos que precisan asistencia presencial posterior no llegan al 1%.

Con la declaración del estado de alarma en marzo de 2020, hubo que adaptarse, sin planificación previa, a la situación de confinamiento, y en la mayoría de los centros sanitarios se optó por sustituir las consultas programadas por llamadas telefónicas a los pacientes<sup>4</sup>. Al principio se limitaban en muchos casos al aviso de la cancelación, pero después se convirtieron en auténticas consultas médicas. El SERGAS, como otros servicios de salud, publicó instrucciones sobre la reordenación asistencial, indicando que las consultas no urgentes podían suspenderse, aplazarse o sustituirse por modalidades de atención no presencial; especialmente se recomendaba que los profesionales encargados revisaran con anterioridad sus agendas programadas para valorar si algún paciente debía acudir a su cita o si era posible resolverla por teléfono.

Para que la consulta telefónica pueda considerarse tan válida como una presencial debe cumplir los siguientes requisitos:

- Comunicación previa al paciente de que su consulta será por teléfono y la hora aproximada; se le aconseja que tenga preparada cierta información clínica (medidas biométricas, constantes vitales, tratamiento que recibe, etc.) y las dudas o cuestiones que quiera plantear.
- Revisión detallada de la historia clínica del paciente por el personal sanitario (médico o enfermera).
- Identificación tanto del profesional como del paciente (o su representante cuando sea necesario) que queda reflejada en la historia clínica.

- Disponer de una *checklist* de las principales cuestiones que comentar, que puede variar según el profesional que haga la llamada (enfermería, médico).
- Elaboración del correspondiente informe resultado de la consulta, incorporado a la historia clínica electrónica, de la que se remite una copia al paciente por correo postal o electrónico cuando se considere oportuno.
- En los casos en que se genere una futura consulta, ya sea nuevamente por teléfono o presencial, se gestiona a través de un aplicativo informático que evite desplazamientos al paciente.

La experiencia adquirida en estos meses ha permitido elaborar un protocolo para la organización de las consultas telefónicas inmediatas y futuras, con la participación de personal administrativo, de enfermería y médico, con el apoyo incondicional de los servicios de admisión e informática. Debe modificarse la estructura de las agendas de consulta ya existentes para dejar únicamente el número de pacientes presenciales permitidos con la normativa de distanciamiento social, reservando suficiente tiempo para consultas telefónicas y respuesta a e-consultas, siempre manteniendo la máxima calidad asistencial. Para garantizar una atención homogénea, es de gran ayuda disponer de un documento con los criterios de selección de la modalidad más adecuada para cada paciente, en función de su riesgo de complicaciones, pues es evidente que no todos los casos son susceptibles de consulta no presencial (tabla 1). Se intentará, en la medida de lo posible, que las consultas presenciales sean de «acto único» y las pruebas complementarias indicadas se realicen en la misma asistencia al centro sanitario.

No hay una fórmula universal para transformar la atención clásica a una modalidad no presencial. Cada centro debe adaptar su estructura actual, y es fundamental la elaboración de documentos de consenso con otros profesionales en relación con la derivación y el seguimiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular y el desarrollo de las necesarias herramientas informáticas. En la figura 3 se muestra el plan del Servicio de Cardiología del CHUS para la incorporación de la consulta telefónica como nueva actividad en la atención a los

pacientes. Incluso, en caso necesario, esta labor puede ser compatible con teletrabajo.

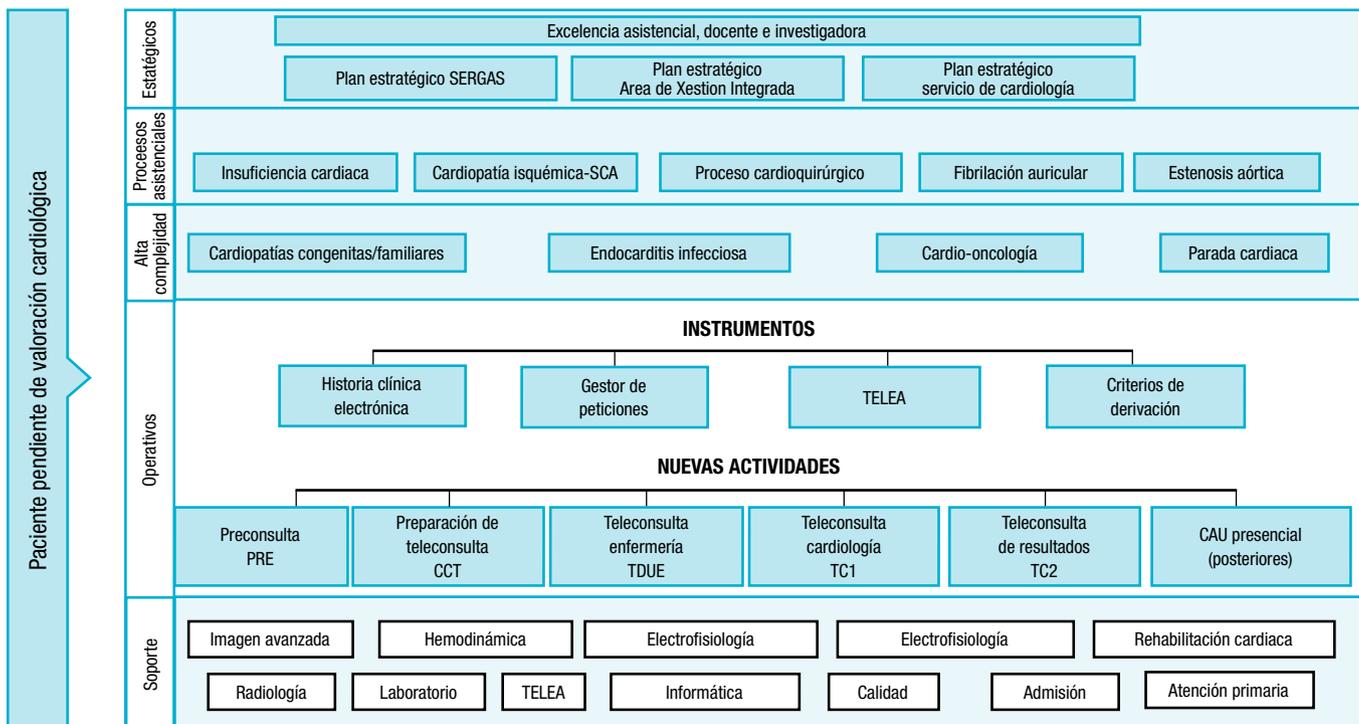
En este momento, las consultas telefónicas pueden provenir de las previamente citadas como presenciales, ya que no hay capacidad para atenderlas todas por la limitación de la afluencia de pacientes, de e-consultas y las que se generen directamente para esta modalidad. Hasta la fecha, han sido muy bien acogidas por los pacientes, que han entendido y agradecido no tener que acudir al hospital, pero cuando desaparezcan la situación de alarma y el miedo al contagio, se impone un cambio cultural en la sociedad que comprenda que deben optimizarse los recursos sanitarios y la atención debe prestarse en el nivel asistencial adecuado para hacer un «uso apropiado» de la actividad médica<sup>14</sup>.

Cuando se posible, la consulta telefónica puede sustituirse por una videollamada entre el paciente y el personal sanitario.

### Telemonitorización

En el campo de la cardiología, la telemonitorización es algo habitual en el seguimiento a distancia de dispositivos o para control de pacientes con insuficiencia cardiaca o incluidos en programas de rehabilitación cardiaca<sup>15</sup>. El reto es expandir su uso para hacer una vigilancia estrecha de otros pacientes que, por razones personales o sociales, no puedan acudir a su centro sanitario con la frecuencia necesaria o en el momento indicado.

En Galicia, disponemos de TELEA, que es una plataforma de asistencia domiciliaria integrada con los sistemas de información corporativos que facilita el acceso telemático a diversos servicios sanitarios y permite el control asistencial de pacientes en su domicilio<sup>16</sup>. Se necesita un *smartphone* conectado a internet y, según la afección que se quiera controlar, se entregan al paciente los dispositivos que debe utilizar (tensiómetro, báscula, glucómetro). Se trata de una herramienta informática existente desde hace años, pero que en los últimos meses ha ampliado notablemente su utilidad para el control domiciliario de los pacientes con COVID-19 que no precisaban ingreso



**Figura 3.** Plan del Servicio de Cardiología del CHUS para la incorporación de la consulta telefónica como nueva actividad en la atención a los pacientes. CAU: consulta en acto único; CCT: confirmación de cita telefónica; SCA: síndrome coronario agudo; SERGAS: Servicio Gallego de Salud; TC1: primera teleconsulta de cardiología; TC2: segunda teleconsulta de cardiología; TDUE: teleconsulta de enfermería; TELEA: Plataforma de teleasistencia domiciliaria del SERGAS.

	RIESGO DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES		
	RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO	RIESGO ALTO
VALORACIÓN PREVIA	Paciente sin cardiopatía o con cardiopatía leve ya valorado de forma presencial con anterioridad	Paciente con cardiopatía de repercusión pero ya valorado de forma presencial con anterioridad	Cardiopatía grave o sospecha de cardiopatía de repercusión significativa no valorado presencialmente
SÍNTOMAS	Asintomático o síntomas estables que no interfieren su actividad habitual	Con síntomas no recientes y estables que interfieren algo su actividad habitual pero no incapacitantes	Síntomas incapacitantes recientes o inestables empeoramiento de angina o disnea
	Sin síncope	Sin síncope o con síncope situaciones ya valorado y resuelto	Síncope cardiogénico no estudiado o no resuelto
INSUFICIENCIA CARDIACA	Sin datos de insuficiencia cardiaca	Insuficiencia cardiaca compensada	Datos de insuficiencia cardiaca
ASISTENCIAS A URGENCIAS	Sin asistencias por descompensación de su cardiopatía	Con asistencias a urgencias por valoración cardiológica y estabilización	Con asistencias a urgencias por descompensación sin valoración o estabilización
HOSPITALIZACIÓN	Sin hospitalizaciones desde su última valoración cardiológica	Con hospitalizaciones logrando completar estudio cardiológico y estabilización completa	Con hospitalizaciones sin completar estudio cardiológico o con estabilización completa no lograda
TIPO DE VALORACIÓN RECOMENDADA	TELEFÓNICA	TELEFÓNICA	PRESENCIAL

Figura 4. Estratificación del riesgo de complicaciones cardiovasculares y tipo de valoración recomendada.

hospitalario o tras el alta de aquellos que habían estado hospitalizados. En esta versión, el paciente se medía la temperatura, la saturación de oxígeno, la presión arterial, etc., y volcaba los datos a la aplicación, que los profesionales sanitarios monitorizan. El sistema dispone de alarmas que alertan al paciente si ha olvidado introducir los datos requeridos y al centro de control si hay desviaciones de los valores de medida prefijados.

Dentro de los planes de consulta no presencial, este tipo de plataforma ofrece grandes posibilidades para la atención a las enfermedades cardiovasculares, tanto en las situaciones de estabilidad —p. ej., para los pacientes con cardiopatía isquémica crónica en los que es importante mantener un estricto control de factores de riesgo— como ante descompensaciones leves que no precisen ingreso hospitalario y puedan tratarse con el paciente supervisado en su domicilio; también en los periodos tras el alta este tipo de cuidado aporta seguridad y confianza a los pacientes.

El continuo desarrollo de aplicaciones para controlar parámetros de salud permite aumentar sus indicaciones; así, los dispositivos que identifican el ritmo cardiaco se convierten en un instrumento de gran utilidad para los pacientes con arritmias diagnosticadas o sospechadas. Se trata de diseñar programas personalizados en los que se decida qué datos deben obtenerse, cada cuánto tiempo y hasta cuándo. La monitorización estará a cargo de personal de enfermería o médico, según la situación clínica. Esta modalidad de atención sanitaria es complementaria de las demás consultas, tanto presenciales como no presenciales.

### MENSAJES CLAVE

- La situación actual, consecuencia de la pandemia de COVID-19 obliga a una reorganización de la atención ambulatoria en cardiología que favorezca la actividad no presencial.
- Es prioritaria la seguridad de los pacientes, optimizar los recursos sanitarios y evitar actos médicos innecesarios.
- Es fundamental la coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos, consensuando criterios de derivación, de seguimiento y de asistencia compartida.
- El desarrollo de las tecnologías de la comunicación y la información ofrece múltiples posibilidades para facilitar la relación entre profesionales y entre médico y paciente.

- No hay una fórmula única, sino que cada centro o sistema de salud implementará las modalidades adecuadas a su infraestructura y la de su población.
- Experiencias previas de telemedicina, que han resuelto aspectos técnicos y legales, constituyen el punto de partida para la nueva estructura asistencial.
- El cambio de modelo debe garantizar que se mantienen la calidad y la equidad asistenciales exigiendo la incorporación de indicadores y medida de resultados.

### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### INFORMACIÓN SOBRE EL SUPLEMENTO

Este artículo forma parte del suplemento titulado «COVID-19 y enfermedad cardiovascular. Un nuevo reto para la cardiología», que ha sido patrocinado por Boehringer Ingelheim España.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Nouri S, Khoong E, Lyles C, Karlne L. Addressing equity in telemedicine for chronic disease management during the COVID-19 pandemic. *N Engl J Med*. 2020. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05991-x>.
2. Hollander J, Carr B. Virtually perfect? Telemedicine for COVID-19. *N Engl J Med*. 2020;382:1679-1681.
3. Kissler S, Tedijanto C, Goldstein E, Grad Y, Lipsitch M. Projecting the transmission dynamics of SRAS-CoV-2 through the postpandemic period. *Science*. 2020;368:860-868.
4. Postigo A, González-Mansilla A, Bermejo J, Elízaga J, Fernández-Avilés F, Martínez-Sellés M. Telecardiología en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Rev Esp Cardiol*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.04.026>.
5. Keesara S, Jonas A, Schulman K. Covid-19 and health care's digital revolution. *N Engl J Med*. 2020;382:e82.
6. Prados J. Telemedicina, una herramienta también para el médico de familia. *Aten Primaria*. 2013;45:129-132.
7. Tuckson R, Edmunds M, Hodgkins MD. Telehealth. *N Engl J Med*. 2017;377:1585-1592.
8. González-Juanatey JR, Varela-Román A, Gómez Otero I, et al. Proceso de insuficiencia cardiaca. Área de referencia Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Xunta de Galicia. Servicio Gallego de Salud. 2010. Páginas 1-309.

9. Varela-Román A, Mazón-Ramos P, García-Seara J, et al. Proceso de fibrilación auricular. Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela. Xunta de Galicia. Servicio Gallego de Salud. 2014. Páginas 1-262.
10. González-Juanatey JR, Varela-Román A, Mazón-Ramos P, et al. Organización del proceso asistencial de cardiopatía isquémica crónica en la Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela. Xunta de Galicia. Servicio Gallego de Salud. 2018. Páginas 1-220.
11. Mazón-Ramos P, López-Barreiro L, García-Castelo A, et al. Atención ambulatoria en las enfermedades cardiovasculares. Modelo de coordinación atención primaria-cardiología. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72(Supl 1):605.
12. Tasende-Rey P, Ruiz-Doñate J, Otero-García O, et al. Implementación de una consulta electrónica de fibrilación auricular como instrumento de calidad asistencial. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72(Supl 1):1009.
13. Hernández-Afonso J, Facenda-Lorenzo M, Rodríguez-Esteban M, Hernández-García C, Núñez-Chicharro L, Viñas-Pérez AD. Nuevo modelo de consulta externa de cardiología integrado con atención primaria. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:873-875.
14. González-Juanatey JR, Virgós-Lamela A, García-Acuña JM, Pais-Iglesias B. Gestión clínica en el área cardiovascular. Medir para mejorar. *Rev Esp Cardiol*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.05.032>
15. Sørensen J, Clemmensen P, Sejersten M. Telecardiología: pasado, presente y futuro. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:212-218.
16. TELEA. Plataforma tecnológica de asistencia domiciliaria. v.01.02.0. Disponible en: [https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/939/TELEA-DU-v.01.17-GR-12-O\\_portal\\_TELEA.pdf](https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/939/TELEA-DU-v.01.17-GR-12-O_portal_TELEA.pdf). Consultado 3 Jun 2020.