



## 6004-83. PERFIL DE LOS PACIENTES PORTADORES DE MARCAPASOS EN UN PROGRAMA DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA CONSULTA DE SEGUIMIENTO DE MARCAPASOS. IMPACTO SOCIOSANITARIO Y ASPECTOS TÉCNICOS DE SU IMPLEMENTACIÓN

Julio Jesús Ferrer Hita<sup>1</sup>, Aníbal Rodríguez González<sup>1</sup>, Rubén Alfonso Juárez Prera<sup>1</sup>, Pablo Jorge Pérez<sup>2</sup>, Julia González González<sup>2</sup>, Milagrosa Cubelo Dornaletche<sup>2</sup>, Raquel Pérez Quintero<sup>2</sup> y Ignacio Laynez Cerdeña<sup>2</sup> de la <sup>1</sup>Unidad de Arritmias, Servicio de Cardiología y <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La centralización de las consultas de seguimiento de dispositivos (CSD) en los hospitales de referencia a menudo tiene repercusiones sociosanitarias importantes tanto para el paciente como para el sistema de salud, especialmente en pacientes dependientes y en poblaciones geográficamente dispersas. Nuestro objetivo fue analizar el perfil de la población incluida en un programa de descentralización de la CSD hacia los Centros de Atención Especializada (CAEs) y su impacto sociosanitario.

**Métodos:** Serie de 85 pacientes portadores de marcapasos y holter subcutáneo Medtronic™ con funciones automáticas de comprobación de parámetros y capacidad de transmisión remota. Se recogieron las características clínicas, tipo de marcapasos, indicación del implante, parámetros de programación y eventos registrados. Se realizó una CSD inicial hospitalaria para ajuste de la programación y posteriormente se realizaron las consultas remotas en los CAEs correspondientes por la enfermera de cardiología mediante transmisión remota al hospital de la interrogación del dispositivo a través del portal de internet de seguimiento telemático de la compañía (Medtronic Carelink™). Se realizaron dos encuestas de valoración para analizar el impacto del programa.

**Resultados:** De los 85 pacientes incluidos en el programa, 81 han completado ya un total de 150 transmisiones. El 88% (75) era portador de marcapasos (18 unicamerales-57 bicamerales) y 12% (10) de holter subcutáneo. Un 29% (23) era completamente dependiente de estimulación ventricular. En cuanto a la descentralización de la CSD, 68 pacientes (85%) la consideraron mejor, y 78 de los 81 (96%) que ya han realizado transmisión remota prefirió el seguimiento a distancia en su CAE. A todos se les realizó un informe médico de la revisión del dispositivo disponible en su historia clínica electrónica. 7 pacientes (9%) tuvieron que ser valorados de nuevo en el hospital, (4 por error en el ajuste de la programación, 2 por umbrales crónicos de estimulación elevados y 1 por preferencia del paciente). El resto de variables técnicas analizadas se muestran en la tabla.

Parámetros de programación, tiempos de transmisión y variables socioeconómicas analizadas	
Edad media de la población (años)	72 ± 13

Porcentaje de varones (%)	46 (54%)
Principal indicación del implante de marcapasos	BAV (67%)
Modelo de marcapasos más frecuente	Adapta™(68%)
Modo estimulación programado mayoritario	AAI-DDD (27%)
Impedancia media de electrodo auricular	552 ± 220 Ohms
Impedancia media de electrodo ventricular	641 ± 225 Ohms
Duración media de la batería (meses)	98 ± 41
Umbral medio electrodo auricular (a 0.4 ms)	0,70 ± 0,25 V
Umbral medio electrodo ventricular (a 0.4 ms)	0,75 ± 0,34 V
Salida media programada auricular (a 0.4 ms)	1,48 ± 0,26 V
Salida media programada ventricular (a 0.4 ms)	1,63 ± 0,47 V
Tiempo medio empleado en interrogación (minutos)	2 ± 1
Tiempo medio empleado en envío de interrogación (minutos)	4 ± 4
Tiempo medio empleado en transmisión total (minutos)	5 ± 6
Evento detectado más frecuente	FA (13%)
Falsa detección de eventos (%)	3%
Ahorro económico para el paciente con el programa (euros)	8 ± 7
Diferencia de kilometraje para el paciente con el programa (kms)	26 ± 13
Número de pacientes que prefiere seguimiento remoto (n y%)	78 (96,3%)

FA: fibrilación auricular; V: voltios; ms: milisegundos.

**Conclusiones:** La implementación de un programa de descentralización de la CSD a los CAEs es técnicamente posible y con un tiempo de consulta comparable al del seguimiento hospitalario, con un impacto sociosanitario claramente positivo para los pacientes.