



6037-4. EFICACIA Y SEGURIDAD DE UNA CONSULTA ELECTRÓNICA (E-CONSULTA) EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

José Ramón González-Juanatey¹, Manuel Portela-Romero², Daniel Rey Aldana³, Diego Iglesias-Álvarez¹, Sergio Cinza-Sanjurjo⁴ y Pilar Mazón Ramos¹

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

Resumen

Introducción y objetivos: Describir las características clínicas y el impacto sobre la demora en la atención sanitaria y resultados en salud de la implantación de la e-consulta en pacientes con historia previa de insuficiencia cardiaca IC.

Métodos: Se analizaron los 47.377 pacientes derivados a nuestras consultas entre 2010 y 2019. En el año 2008 pusimos en marcha consultas de cardiología de acto único en las que el cardiólogo responsable llevaba a cabo las pruebas cardiológicas que considerase necesarias (ECG, ecocardiograma, ergometría y *Holter*) en la misma visita. En el año 2013 incorporamos una e-consulta como paso previo a la posible consulta presencial por el cardiólogo. En resumen, el médico de AP incluye la información clínica, acompañada de ECG y analítica reciente, que motiva la derivación al SC; un cardiólogo en menos de 72 horas evalúa la demanda asistencial resolviéndola sin necesidad de consulta presencial o programa al paciente para una visita presencial de acto único. Para el análisis (impacto de la e-consulta sobre la demora en las consultas, asistencia a urgencias hospitalarias, necesidad de hospitalización y mortalidad producidas al año de la consulta) hemos utilizado el método de series temporales interrumpidas.

Resultados: El 10,8% de los pacientes tenían diagnóstico previo de IC, con una tendencia decreciente desde el año 2010 (11,2%), y alcanzando el 8,6% en el año 2019. La tabla resume las características de los pacientes con IC remitidos para consulta por AP. Al ponerse en marcha la e-consulta se observa una brusca reducción del tiempo de espera asistencial que ya venía reduciéndose en los años previos de consulta de acto único. Así mismo, observamos una significativa reducción de la necesidad de acudir a urgencias 9,9% (IC95%: 5,9-13,9%), hospitalización (10,0% [IC95%: 5,1-14,9%]) y mortalidad (12,2% [IC95%: 6,4-18,0%]) (fig.).

Características de los pacientes con insuficiencia cardiaca en ambos modelos de consulta

Total	Modelo acto único	Modelo e- consulta	p	Sin presencia	1 visita presencial	? 2 consultas presenciales
-------	----------------------	--------------------------	---	------------------	------------------------	-------------------------------

Pacientes, n	47.377	2.310	2.805				
Mujeres (%)	51	51,1	51,4	0,816	63	55,2	49,0
Edad	77,5 (9,6)	76,4 (9,3)	78,4 (9,7)	0,001			
Antecedentes personales							
Hipertensión (%)	78,8	77,3	80,1	0,015	78,7	80,0	80,3
Diabetes mellitus (%)	33,4	33,4	33,4	0,962	36,4	34,4	32,8
Cardiopatía isquémica (%)	21,1	22,6	19,9	0,020	9,7	11,0	23,5
Fibrilación auricular (%)	51,3	49,1	53,1	0,004	48,1	45,8	55,6
Demora consulta en SC (días)	10 (5, 27)	27 (10, 76)	7 (5, 12)	0,001	7 (5, 14)	7 (5, 13)	7 (4, 12)
Asistencias en Urgencias	4 (1, 8)	6 (3, 10)	3 (1, 6)	0,001	2 (0, 4)	2 (1, 4)	3 (1, 6)
Ingresos hospitalarios por causa CV (1 ^{er} año) (%)	14,0	14,6	13,5	0,266	12,0	8,8	14,9
Insuficiencia cardiaca (%)	11,2	12,3	10,3	0,032	8,9	7,1	11,3
Cardiopatía isquémica (%)	1,9	2,0	1,9	0,364	0,4	0,2	2,5
Valvulopatía (%)	1,6	1,8	1,4	0,041	0,0	2,0	1,4
Mortalidad total (1 ^{er} año)	8,6	8,4	8,8	0,575	18,6	9,4	7,5
Insuficiencia cardiaca (%)	15,2	14,1	17,1	0,021	24,1	11,2	17,2
Cáncer (%)	11,9	11,8	11,9	0,955	12,0	15,7	10,8

Cardiopatía isquémica (%)	9,1	9,1	9,1	0,947	8,3	5,2	10,4
Mortalidad CV (1 ^{er} año)	4,4	4,6	4,2	0,500	8,9	3,7	3,8



Análisis de series temporales interrumpidas para la implantación de la e-consulta para tiempo de espera (A), asistencias en urgencias (B), ingresos hospitalarios (C) y mortalidad (D).

Conclusiones: La introducción de una e-consulta en el modelo de gestión de las consultas solicitadas por médicos de AP se acompaña de una reducción de la demora asistencial y es segura al asociarse a una significativa reducción de la necesidad de atención urgente, ingresos hospitalarios y mortalidad en un grupo de pacientes con alto riesgo de inestabilización clínica, como son los pacientes con IC.