Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 602

Revista Española de Cardiología

6031-5. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE CONSULTA ELECTRÓNICA UNIVERSAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

David García Vega[1], Pilar Mazón Ramos[1], Sergio Cinza-Sanjurjo[2], Juan Carlos Sanmartín Pena[1], Pedro Rigueiro Veloso[1], José María García Acuña[1] y José Ramón González Juanatey[1]

[1]Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (A Coruña) y[2]Centro de Salud de Porto do Son (A Coruña).

Resumen

Introducción y objetivos: Los programas de consulta electrónica (e-consulta) permiten la relación asistencial entre clínicos; en nuestro caso para derivaciones de consulta de médicos de atención primaria (AP) a cardiólogos, a través de una historia clínica electrónica integradas que permite una organización más eficiente de la demanda asistencial, aspecto de especial relevancia en enfermedades como la insuficiencia cardiaca (IC) caracterizada por frecuentes descompensaciones.

Métodos: Se realizó una regresión logística multivariable para los ingresos por IC a 1 año y para la mortalidad por IC a 1 año, incluyendo como covariables la edad, sexo, antecedentes personales, la resolución de la e-consulta y los ingresos previos por IC.

Resultados: La edad media era 68 años y el 49,1% eran mujeres. Eran hipertensos el 79,5%, 34,1% diabéticos, historia de cardiopatía isquémica el 19,4% y de fibrilación auricular el 51,2%. La mediana de resolución de la e-consulta fue de 5 días, sin diferencias entre los 3 grupos. La e-consulta resuelve la demanda asistencial sin consulta presencial en el 27,2% de casos, con una proporción menor (p = 0,002) en el grupo con ingreso reciente (24,7%, frente a 28,9% y 28,4% en los grupos con ingreso remoto y sin ingresos). Analizamos el pronóstico al año de la e-consulta. La hospitalización total fue mayor (p 0,001) en los pacientes con ingreso reciente (20,8%), frente al 14,1% y 4,6% en los grupos con ingreso remoto y sin ingresos. Comportamiento similar para las hospitalizaciones por IC (11,8% frente a 9,4% y 1,1%; p 0,001). La mortalidad total y cardiovascular al primer año fue inferior en los pacientes sin ingresos previos, p 0,001. La incidencia de mortalidad por IC fue superior en los pacientes con ingresos el último año (2,4%, frente a 1,4% y 1,2% en los grupos con ingreso remoto y sin ingreso), p = 0,008. La causa más frecuente de mortalidad fue la IC en pacientes con ingresos previos, y el cáncer en pacientes sin ingresos (tabla). En un análisis de regresión logística, la resolución de la e-consulta sin atención presencial (27,2% de consultas) fue el principal determinante de buen pronóstico con un HR de 0,54.

	Total	Ingreso IC 1 año	Ingreso IC ? 1 año	Sin ingresos	p
	4,851	1,508	510	2.833	

Fallecimiento primer año (%)	9,7	9,9	16,7	8,3	0,001
Fallecimiento cardiovascular primer año (%)	4,8	5,8	7,9	3,6	0,001
Fallecimiento por IC primer año (%)	1,6	2,4	1,4	1,2	0,008
Causas de fallecimiento					
Cardiopatía isquémica (%)	10,2	10,2	11,4	9,8	
Insuficiencia cardiaca (%)	16,7	22,6	16,7	11,1	
Cáncer (%)	11,6	6,9	7,9	17,2	
Valvulopatía (%)	3,8	4,9	3,1	3,1	
Ictus isquémico (%)	3,2	3,0	2,6	3,5	
EPOC (%)	1,7	1,0	2,6	2,2	0,001
Insuficiencia renal (%)	0,6	0,1	0,0	1,2	
Infección respiratoria (%)	2,3	1,7	2,2	3,0	
Fibrilación auricular (%)	1,3	0,7	0,9	1,9	
Ictus hemorrágico (%)	0,7	0,7	1,3	0,4	

IC: Insuficiencia cardiaca, EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Conclusiones: Nuestro programa de e-consulta en pacientes con IC mejora la accesibilidad y resultados en salud y demuestra su seguridad de la resolución sin consulta presencial en una elevada proporción de casos.