

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

Cartas científicas

La primera consulta de cardiología: no sin ecocardiograma



First visit to a cardiologist: not without an echocardiogram

Sr. Editor:

La esencia de la consulta cardiológica, incluida la primera visita, se conforma con la información que proporcionan la anamnesis y la exploración física, complementadas con ciertos exámenes adicionales. Se considera arraigado el valor que aporta el electrocardiograma en la evaluación del paciente con cardiopatía establecida o sospecha de esta.

La creciente generalización del acceso a las pruebas de imagen en cardiología, especialmente el ecocardiograma transtorácico (ETT), ofrece una oportunidad para incrementar la eficiencia de la atención prestada por los servicios de cardiología. El ETT aporta un gran valor añadido en la consulta externa, como en otros entornos, dada su capacidad para establecer de forma rápida y eficiente la orientación diagnóstica y la clasificación del riesgo del paciente¹.

Las consultas de acto único o alta resolución constituyen una poderosa herramienta para la optimización de los recursos sanitarios y la satisfacción de los usuarios y profesionales en el entorno actual. Existen datos de la utilidad de este tipo de actividad en hospitales de complejidad media del Sistema Nacional de Salud español^{2,3}. En servicios de cardiología de mayor complejidad, la incorporación del ETT a la consulta a disposición del facultativo que la atiende, no experto en imagen cardíaca, puede suponer una mejora significativa en la calidad de la atención, limitando demoras y evitando redundancias y visitas innecesarias a los pacientes. Por otro lado, la provisión de un buen número de ETT fuera del entorno de las unidades de imagen cardíaca permite liberar estos recursos altamente especializados de la realización de pruebas de escasa complejidad.

El presente estudio analiza la puesta en marcha en el servicio de cardiología de un hospital terciario de una consulta de acto único, con ecocardiografía de gama media a disposición del cardiólogo, para todos los pacientes remitidos desde cualquier ámbito como primera consulta. Se incrementó el tiempo asignado de 15 a 25 min por paciente para permitir la realización de la prueba.

Se realizó el análisis de los datos registrados en el centro para esa nueva tipología de consulta de acto único tras su puesta en marcha en los primeros 2 años y medio de funcionamiento.

Se remitieron 16.403 pacientes desde diferentes orígenes (fig. 1), principalmente atención primaria (75%), con un protocolo de derivación que incluye anamnesis, exploración y la realización de un electrocardiograma y un estudio analítico reciente. Un total de 2.257 pacientes (13%) no acudieron a la cita programada, y se atendió a 464 pacientes no programados. De los 14.610 pacientes atendidos en esa visita, se registró la realización de un ecocardiograma con un informe diferenciado de la prueba durante la consulta a 7.708 pacientes (52%).

Tras esa visita, el destino fue alta a atención primaria en el 47% de los casos, remisión a seguimiento en consulta de cardiología orientado según los hallazgos en el 36%, y solicitud de una prueba adicional para completar el diagnóstico en el 17%. La tabla 1 muestra las pruebas adicionales que se solicitaron para la evaluación de sus resultados, bien en una única segunda visita programable, bien en la consulta de cardiología a la que se remitió para seguimiento.

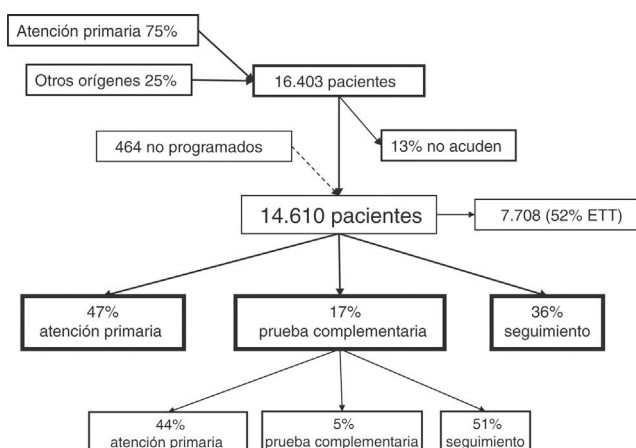


Figura 1 – Flujo de los pacientes atendidos en la consulta.

Tabla 1 – Pruebas complementarias solicitadas en la consulta

Prueba complementaria solicitada	Porcentaje de pacientes
Ergometría convencional	13,5
Holter	6,7
ETT dirigido a la unidad de imagen	7,1
Analítica adicional a las aportadas	2
Otras pruebas	1
ETT: ecocardiograma transtorácico.	

Solo se realizó solicitud a la unidad de imagen cardiaca de un ETT al 7,1% de los pacientes, mayoritariamente para el seguimiento programado a medio o largo plazo de valvulopatías moderadas o graves detectadas en la visita.

Del 17% de los pacientes que fueron atendidos en una segunda visita para evaluar el resultado de la prueba, se procedió al alta a atención primaria en el 44% de los casos, se inició seguimiento en cardiología en el 51% y se precisó la realización de una nueva prueba en el 5%. El análisis del rendimiento del modelo a lo largo del tiempo arroja datos superponibles comparando los primeros 1.000 pacientes con el resto.

Nuestros datos refrendan que, en centros de alta complejidad en el entorno del Sistema Nacional de Salud español, la puesta en marcha de un modelo de consulta de acto único de cardiología incorporando la posibilidad de realización de un ETT por el cardiólogo permite el alta precoz en más de la mitad de los pacientes remitidos a evaluación cardiológica, y posibilita clasificar apropiadamente la necesidad de seguimiento sin pruebas adicionales en el 83% de los casos. En una cohorte de 2.653 pacientes atendidos con el modelo previo, el destino fue el alta a atención primaria tras la primera visita en una proporción del 25,5% de los casos, menor que con el nuevo (prueba de la χ^2 , $p < 0,0001$), solicitándose una prueba diagnóstica al 58% (mayoritariamente, ETT).

Estos datos podrán ser útiles para dimensionar la puesta en marcha de este tipo de programa en otros centros de características similares, siendo un modelo de implementación sencilla frente a otros que incorporan la disponibilidad de pruebas complementarias adicionales «a demanda» de menor rendimiento.

El ETT realizado por cardiólogos no especializados en imagen cardiaca aporta suficiente información en la mayoría de las ocasiones, por lo que no es eficiente centralizar ese tipo de estudios de ETT iniciales en las unidades altamente especializadas disponibles en estos centros.

Como limitaciones del modelo destaca la ausencia de consulta virtual previa a la remisión de pacientes, que se ha mostrado altamente eficiente en otros modelos^{4,5}, pues precisa de una plataforma electrónica común de historia

clínica y la digitalización y disponibilidad remota de los electrocardiogramas realizados en atención primaria, aún no disponible en bastantes áreas.

Además, el modelo propuesto no aborda el seguimiento de pacientes crónicos en los que la demanda de especialización de la ETT puede ser más elevada.

Financiación

No financiado.

Conflicto de intereses

No existen potenciales conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Steeds RP, Garbi M, Cardim N, et al. EACVI appropriateness criteria for the use of transthoracic echocardiography in adults: A report of literature and current practice review. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*. 2017;18:1191–1204.
2. Falces C, Sadurni J, Monell J, et al. One-stop outpatient cardiology clinics: 10 years' experience. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:530–533.
3. Montijano-Cabrera A, Caballero-Güeto J. La consulta de acto único en cardiología. *Rev Esp Cardiol Supl*. 2007;7:30C–36C.
4. Hernandez-Afonso J, Facenda-Lorenzo M, Rodriguez-Esteban M, Hernandez-Garcia C, Nunez-Chicharro L, Vinas-Perez AD. New model of integration between primary health care and specialized cardiology care. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:873–875.
5. Olayiwola JN, Anderson D, Jepeal N, et al. Electronic consultations to improve the primary care-specialty care interface for cardiology in the medically underserved: A cluster-randomized controlled trial. *Ann Fam Med*. 2016;14:133–140.

Rafael Salguero-Bodes^{a,b,c,*}, Jorge Solís-Martín^{a,b}, Rocío Tello-de-Meneses^a, Celia Vaticón-Herreros^a y Fernando Arribas-Ynsaurriaga^{a,b,c}

^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (i+12), Madrid, España

^b Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^c Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rsbodes@gmail.com (R. Salguero-Bodes).
On-line el 17 de febrero de 2020