

3. Ruff CT, Giugliano RP, Braunwald E, et al. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: A meta-analysis of randomised trials. *Lancet*. 2014;383:955-962.
4. Suárez Fernández C, Mostaza JM, Castilla Guerra L, et al. Adherence to recommendations of the Therapeutic Positioning Report about treatment with oral anticoagulants in elderly patients with atrial fibrillation. The ESPARTA study. *Med Clin (Barc)*. 2018;151:8-15.
5. Anguita Sánchez M, Arribas Ynsaurriaga F, Cequier Fillat A, et al. Differences between cardiologists' perceptions and clinical reality of the quality of anticoagulation with vitamin K antagonists in Spain. *Rev Esp Cardiol*. 2020;73:332-334.
6. Anguita Sánchez M, Arribas Ynsaurriaga F, Cequier Fillat A, et al. Access to INR and times for prescribing direct oral anticoagulants in patients treated with vitamin K antagonists in cardiology clinics in Spain. *REC CardioClinics*. 2019;54:231-238.

Pedro Martínez-Losas*, María Teresa Nogales-Romo, Zaira Gómez-Álvarez, Eloy Gómez Mariscal, Silvia Jiménez-Loeches y Alejandro Cortés-Beringola

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martinezlosas@gmail.com

(P. Martínez-Losas).

<https://twitter.com/pmartinezlosas> @pmartinezlosas
2605-1532/

© 2023 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<https://doi.org/10.1016/j.rccl.2023.02.003>

On-line el 14 de marzo de 2023

Teleconsulta selectiva frente a universal en la derivación a cardiología desde atención primaria: qué aportan realmente

Selective versus universal teleconsultation in primary care referral to cardiology: what they really provide



Sr. Editor:

Las teleconsultas (TC), también llamadas e-consultas o consultas virtuales, surgen con la intención de mejorar la atención del paciente y la coordinación entre niveles asistenciales¹. Supone una reorganización de la derivación a consulta compuesto por 4 pilares fundamentales: médico de atención primaria (AP), consulta virtual, cardiólogo consultor y consulta de cardiología alta resolución, todo ello en un entorno de historia clínica electrónica compartida.

La TC se ha propuesto como forma de comunicación entre AP y cardiología² y se ha implementado por muchos sistemas de salud para una mayor fluidez en la relación entre niveles asistenciales³. Sin embargo, existen diferentes modelos y la evidencia de su rentabilidad en el sistema sanitario público español es reducida.

Por un lado, el modelo de Santa Cruz de Tenerife⁴, inicialmente con un programa de consulta electrónica focalizado en una zona de salud con 33.805 habitantes. Con una media diaria de 10 TC de 5 min y 12 visitas presenciales de 20 min, coexistiendo con el modelo tradicional, redujo el número de visitas presenciales en el 38,7% de las TC y su demora (mediana de 72 h frente a 53 días). Se propugna como un modelo de seguimiento seguro para pacientes con cardiopatías crónicas estables como método de comunicación fluida con cardiología y con notable satisfacción por los médicos de AP⁵.

Por otro lado, el modelo de Santiago de Compostela⁶ con 446.603 ciudadanos y un programa de consulta electrónica «universal» para toda el área sanitaria. Realizan una media diaria de 32 TC centralizadas en 6 cardiólogos, 10 min por TC y 25 visitas presenciales. Comparado con el modelo de acto único tradicional de un periodo anterior, demostró una disminución del número de visitas presenciales del 21,4% con importantes reducciones en los tiempos de espera (mediana de 9,5 frente a 57,1 días). Resultó un modelo seguro con menores tasas de ingresos hospitalarios y mortalidad, con satisfacción general por médicos de AP y pacientes.

El Servicio Andaluz de Salud dispone de una historia clínica electrónica compartida para toda la comunidad autónoma (DIRAYA) y en 2020 desarrolló un módulo de TC para la comunicación entre niveles asistenciales³. Permite a médicos de AP consultar diferentes motivos, adjuntar imágenes o documentos y se genera por el especialista de hospital un informe, bien de alta con un plan para AP, bien de citación presencial con instrucciones para la misma (priorización, exploraciones complementarias, recomendaciones...). Desde los gestores sanitarios de servicios centrales se potenció este modelo y se ofreció a diferentes especialidades y áreas sanitarias de la comunidad.

Se analiza en el área de Granada centro y distrito metropolitano (zona sur), con una población directa de 297.797 habitantes, la repercusión de la implantación de la TC en

Tabla 1 – Análisis por periodos

	Pre-TC (2019)	TC selectiva (sept 20-sept 21)	TC generalizada (sept 21-abril 22)
Carga de trabajo asignada		3 h/semana (10% de PAP)	7 h/semana (25% de PAP)
N.º medio TC por día		3-4	18-20
Tiempo medio por TC		10 min	4 min
N.º medio TC por mes		58,1	327,5
Motivo consulta (%)		Alteración ECG (28,8) Duda derivación (17,6) FA/aleteo (13,1)	Palpitaciones (16,6) Alteración ECG (15,5) Dolor torácico (11,8)
Resultado (%)			
Consulta presencial		58,8	77,3
Alta		33,4	17,4
No tributario		6,1	1,8
Seguimiento		1,7	3,5
Tiempo de respuesta		1,4 días	2,5 días
N.º PAP por mes (total)	354 (4.249)	337 (4.050)	347 (2.086)
N.º PAE por mes (total)	302,9 (3.635)	375 (4.503)	633 (3.801)
Demora media (días)	36,5	28	2,5
Primeras < 40 días (%)			
PAP	58,7%	77,2%	97,3%
PAP + PAE	63,1%	74,8%	68,5%
N.º atenciones en urgencias por día	532,27	469,36	354,71
N.º hospitalización por mes (total)	140,25 (1.686)	104,2 (1.251)	111 (555)

ECG: electrocardiograma; FA: fibrilación auricular; PAE: primeras de atención especializada; PAP: primeras de atención primaria; TC: teleconsulta.

la derivación desde AP a cardiología, mediante un estudio «descriptivo transversal» en 3 periodos consecutivos con diferentes modelos de atención: a) pre-TC (año 2019) con citación presencial clásica: 4 consultas de acto único (consulta de cardiología alta resolución) por día con 15 citas por consulta: 4 primeras procedentes de AP (PAP) de 20 min, 3 primeras de atención especializada (PAE) y 8 revisiones-resultados. Esto supone para las PAP 30 h semanales y atendidas por todos los cardiólogos (3 clínicos + rotantes en consultas). b) TC selectiva (sept 20-sept 21) para motivos concretos con «intención resolutoria telemática» coexistiendo con la citación clásica: se mantiene la estructura de consulta similar, dedicando 2-4 h semanales con 10 min por TC y centralizada en 3 clínicos. c) TC universal (nov 21-abril 2022) para toda la demanda desde AP: una PAP presencial de cada consulta se convierte en 5 TC de 4 min y realizadas por todos los cardiólogos en consultas. Supone de media 7 h semanales y un 25% del tiempo asignado previamente a PAP. Las citas presenciales generadas se incluyen como PAE y se gestionan por la secretaría de cardiología, desapareciendo las PAP presenciales.

Se analizaron 10.385 solicitudes desde AP (tabla 1). La demanda de PAP se mantuvo estable en los 3 periodos, sin un «efecto llamada» tras el inicio de la TC universal, con una media de 18-20 TC al día. El número de PAE aumentó proporcionalmente a las citas presenciales generadas por TC. Se evitaron aquellas que se resolvieron telemáticamente.

El tiempo de respuesta a AP pasó de 36,5 días con el modelo previo, a 28 días con la TC selectiva y 2,5 días con la TC generalizada. Sin embargo, el porcentaje de atención presencial en consulta antes de 40 días, englobadas ya dentro de las PAE, fue solo de un 5-10% superior con el uso de la TC.

Si se comparan las 3.954 demandas por TC, el porcentaje resolutorio sin cita presencial en el periodo selectivo fue del

41% mientras que en el periodo universal fue del 23%. En este último periodo se igualaba débilmente la carga de trabajo asignada con el porcentaje de resolución telemática global, aunque este porcentaje variaba ampliamente según el médico consultor, desde el 15 hasta el 40%, y el tiempo asignado. El motivo de consulta más frecuente fue las alteraciones en el electrocardiograma en el periodo selectivo frente a palpitaciones en el universal.

Hubo una reducción del número de atenciones en urgencias, así como de la hospitalización, coincidiendo con la incorporación de la TC, aunque no se puede asegurar su relación con la optimización de la atención ambulatoria por otros múltiples posibles factores externos no controlados. No se dispone de datos de mortalidad para comparar entre los periodos.

Por último, se valoró mediante cuestionario el grado de satisfacción de los sanitarios con el uso de la plataforma, medido por el índice de recomendación *Net Promoter Score* (NPS). Este resultó negativo entre los cardiólogos, con un porcentaje mayor que desaconsejaban su uso (NPS -21%), y positivo entre los médicos de AP favorables a su uso (NPS 29) (fig. 1).

Por tanto, en nuestro medio se confirma la ventaja fundamental descrita con la introducción de la TC^{1,4,6} de reducir «drásticamente» el tiempo de respuesta a AP a 2-3 días, con una función de filtro que permite priorizar a los pacientes que lo necesitan, derivar a consultas específicas y siendo capaces de solucionar precozmente problemas. Sin embargo, la capacidad de este modelo para reducir la lista de espera presencial va ligada al porcentaje de resolución no presencial, la carga de trabajo asignada y la población atendida. En nuestro estudio, tanto con la TC selectiva como con la universal, hubo solo una mejora discreta en el porcentaje de atención presencial precoz en consulta. Igualmente, se comportó como un modelo

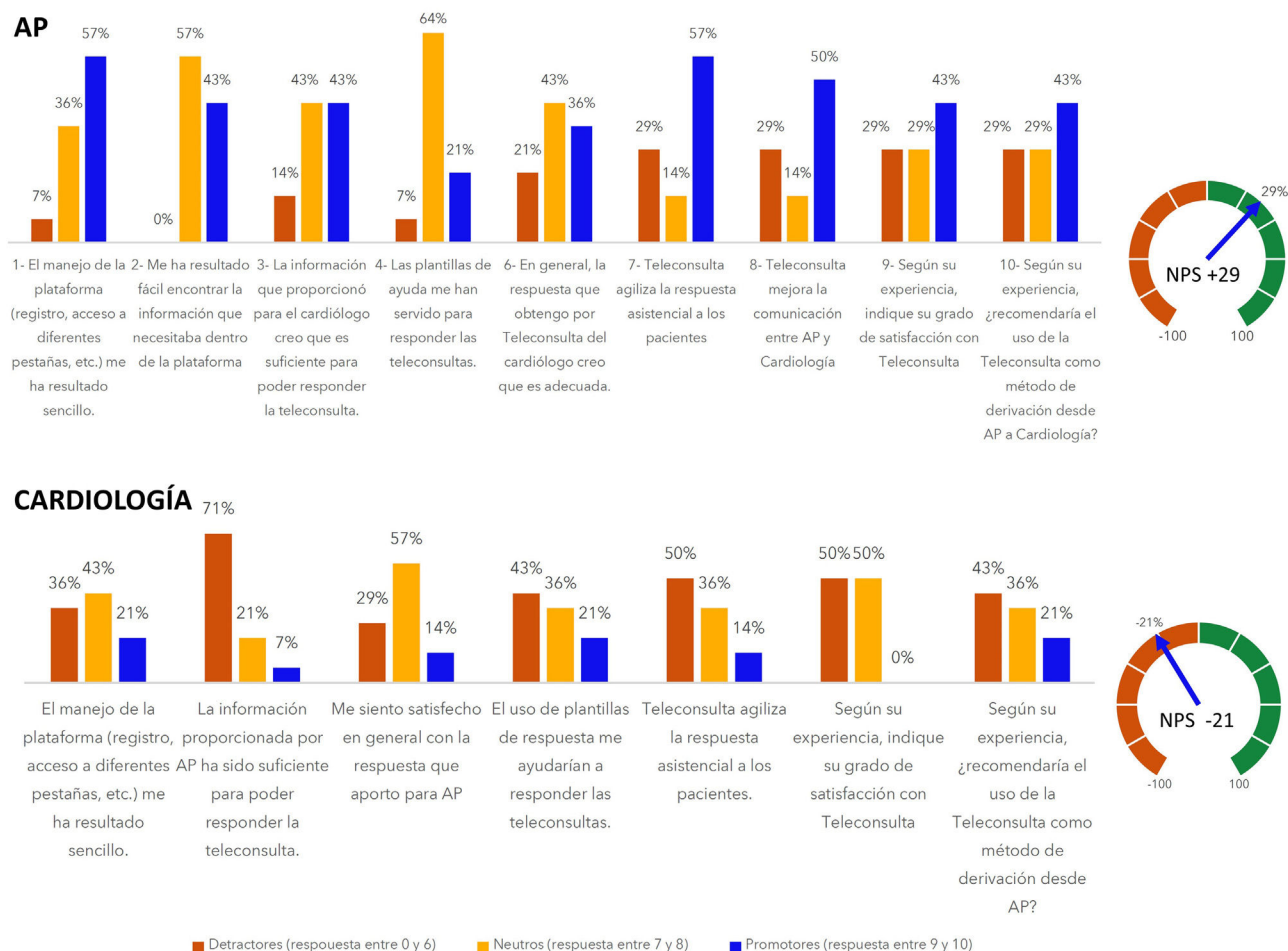


Figura 1 – Respuestas al cuestionario sobre la experiencia con la teleconsulta e índice NPS. AP: atención primaria; NPS: Net Promoter Score.

seguro^{1,5,6} sin un aumento de la atención en urgencias ni hospitalización.

Si bien la TC selectiva parece más adecuada para ciertos tipos de preguntas clínicas, la ventaja fundamental de la TC universal es extender la respuesta precoz a toda la población y homogenizar la atención, lo que evita 2 métodos de citación simultáneos que con frecuencia causaban confusión y heterogeneidad en su uso. La incorporación de esta herramienta primero, y su generalización posterior, fue voluntaria y consensuada entre los equipos directivos de primaria y cardiología. Una mayoría de médicos de AP fue favorable a recomendar su utilización. La resolución en el periodo selectivo estuvo concentrada en 3 cardiólogos, que fue ampliada a todo el equipo en el periodo universal por la carga mayor de trabajo que suponía, y la necesidad de incorporar como una actividad más dentro de la atención ambulatoria por consultas. Sin embargo, la herramienta se percibió como no satisfactoria para la mayoría de los cardiólogos.

La comunicación y mejora continua, la formación, la adecuación de tiempos y estimular la motivación son claves para brindar una atención eficiente, optimizar el rendimiento y la

satisfacción con este nuevo modelo de consulta que ha venido para quedarse.

Financiación

No.

Contribución de los autores

Declaramos que todos los autores han participado en la realización del estudio, asumen su veracidad y aprueban la versión remitida. Jesús G. Sánchez-Ramos es el autor principal en la idea y diseño del estudio, y en el análisis e interpretación de datos. Todos han trabajado en la redacción del borrador del artículo y la revisión crítica de su contenido.

Conflicto de intereses

Los autores son empleados públicos del Servicio Andaluz de Salud.

Agradecimientos

A Dña. Eva Rodríguez de Trujillo y D. Luis Cuenca Dacal por su apoyo en la recogida y análisis de datos, ambos pertenecientes al servicio *Integrated Health Solution (IHS)* de Medtronic.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Sociedad Española de Cardiología. SEC PRIMARIA: Comunicación/relación entre Atención Primaria y Cardiología. La integración asistencial entre Atención Primaria y Atención Especializada en Cardiología. Versión III, septiembre 2021. Disponible en: <https://secardiologia.es/images/institucional/sec-calidad/SEC-AP-Comunicaci%C3%B3n.20220428-Anexo.pdf>. Consultado 10 Ene 2023.
3. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Consumo. Noticias. 7 diciembre 2022. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/todas-noticia/andalucia-realiza-cerca-de-338000-teleconsultas-entre-atencion-primaria-y-hospitalaria>. Consultado 14 Ene 2023.
4. Hernández-Afonso J, Facenda-Lorenzo M, Rodríguez-Esteban M, Hernández-García C, Núñez-Chicharro L, Viñas-Pérez AD. New model of integration between primary health care and specialized cardiology care. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:873–875.
5. Pimienta González R, Pérez Cánovas E, Morales Rodríguez Z, Quijada Fumero A, Hernández García C, Hernández Afonso JS. Impact of a cardiology consultation integrated with primary care in the follow-up of patients with chronic heart disease. *Rev Esp Cardiol*. 2022;75:612–614.
6. Rey-Aldana D, Cinza-Sanjurjo S, Portela-Romero M, et al. Universal electronic consultation (e-consultation) program of a cardiology service. Long-term results. *Rev Esp Cardiol*. 2022;75:159–165.

Jesús G. Sánchez-Ramos^{a,b,*}, Farid Muwaquet Rodríguez^c y Eduardo Moreno Escobar^{a,b}

^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España

^b Instituto de Investigación Biosanitaria ibs.GRANADA, Granada, España

^c Distrito Sanitario Granada-Metropolitano, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgsr525@gmail.com (J.G. Sánchez-Ramos). 2605-1532/

© 2023 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<https://doi.org/10.1016/j.rccl.2023.03.004>

On-line el 31 de marzo de 2023

Impacto de la pandemia por la COVID-19 en la asistencia sanitaria de la fibrilación auricular en España

Impact of COVID-19 pandemic on the sanitary assistance of atrial fibrillation in Spain



Sr. Editor:

La pandemia causada por la enfermedad coronavírica de 2019 (COVID-19) provocó una saturación del sistema sanitario que obligó a modificar la práctica clínica. Además, por el miedo al contagio, muchos pacientes acudían tarde al hospital, lo que empeoraba aún más el pronóstico¹. Por otra parte, los pacientes con COVID-19 grave tienen un mayor riesgo de desarrollar fibrilación auricular (FA) y los sujetos con FA que presentan una infección por la COVID-19 tienen un peor pronóstico². El objetivo del estudio fue analizar el impacto de la primera ola de la pandemia de la COVID-19 en la asistencia sanitaria en pacientes con FA en España.

Para ello se realizó un estudio retrospectivo en el que participaron cardiólogos de 24 hospitales españoles, que cumplieron de manera agregada y anonimizada cuestiones

relativas a la atención sanitaria hospitalaria y ambulatoria de pacientes con FA. Se compararon 3 periodos temporales de una semana de duración: prepandemia (semana que comenzó el 25 de marzo de 2019, el año previo a la pandemia en fechas similares a las de la siguiente muestra), en la primera ola de la pandemia (semana que comenzó el 23 de marzo de 2020, una semana después del estado de alarma y confinamiento domiciliario en España) y después de la primera ola (semana que comenzó el 22 de junio de 2020, posterior al final del estado de alarma). Durante la semana previa, en España había 0,54 casos de COVID-19/100.000 habitantes. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Arnau de Villanova, que aceptó la exención del consentimiento informado, al tratarse de un estudio retrospectivo, de datos agregados (no individuales), completamente anonimizados.