

Telemedicina como estrategia innovadora para descentralizar la atención de las Centrales de Emergencias

Santiago Andrés Frid y María Florencia Grande Ratti

Frid SA, Ratti MFG, Pedretti A, Pollan J, Martínez B, Abreu AL, Diodati G, López G, Sommer J, Luna D, Plazzotta F. Telemedicine for Upper Respiratory Tract Infections During 2018 Epidemiological Outbreak in South America. *Stud Health Technol Inform.* 2019;264:586-90.

COMENTARIO

La medicina ha atravesado múltiples transformaciones a partir de los avances tecnológicos experimentados en las últimas décadas. Muchas instituciones y profesionales de la salud han adoptado progresivamente el uso de la tecnología para proveer cuidado a sus pacientes. La telemedicina representa una herramienta de atención cada vez más utilizada, definida por la Organización Mundial de la Salud como “la prestación de servicios de salud por los profesionales de la salud utilizando las tecnologías de la información y la comunicación para el diagnóstico, tratamiento, prevención de enfermedades, lesiones, investigación, evaluación y formación continua; con el interés de cuidar la salud de los individuos y de las comunidades donde la distancia es un factor crítico”. En numerosas instituciones de diversos países se han informado experiencias valiosas en este campo¹⁻⁵.

Por otro lado, las infecciones respiratorias altas (IRA) son patologías que implican manejo y tratamiento de baja complejidad, y producen un gran impacto estacional en el sistema de salud. Particularmente durante el brote estacional generan numerosas consultas no programadas en las Centrales de Emergencias y contribuyen al *overcrowding*, fenómeno del que no estamos exentos institucionalmente⁶. En consecuencia y desde el punto de vista de la gestión, es necesario redirigir al ámbito ambulatorio a muchos de estos pacientes⁷.

En tal contexto, la telemedicina cobra relevancia debido a que podría ser una estrategia de gestión innovadora y

útil para el manejo de la prevención y el tratamiento de las IRA durante la temporada de brote epidemiológico, descentralizando la atención del hospital central. Por esta razón desarrollamos e implementamos un Programa de Atención Virtual para consultas no programadas (denominado “Telegripe”) durante el año 2018, dirigido a los pacientes adultos entre 18 y 65 años, afiliados activos a la prepaga institucional, con usuario del Portal Personal de Salud (PoPeS), y sin factores de riesgo (definidos como: condiciones pulmonares crónicas –EPOC, asma, fibrosis quística, bronquiectasias, traqueostomía–, insuficiencia cardíaca crónica, insuficiencia renal en diálisis, tratamiento quimioterápico en el último mes, trasplantados, internación en el último mes, embarazo, y/o inmunosupresión) que se autoconvocaron para hacer uso de este Servicio. Mientras el paciente se conectaba a través del PoPeS, los médicos lo hicieron a través de la Historia Clínica Electrónica (HCE). Esto permitió que el intercambio se realizara con toda la información clínica contextual necesaria para optimizar los resultados y maximizar la seguridad de la consulta. Incluso se creó una ficha estructurada de evolución que garantiza un registro de calidad en la HCE. De considerarlo necesario, el profesional podía adicionalmente emitir un certificado de atención con la posibilidad de modificar las horas de reposo indicadas para cada caso en particular. En este contexto se diseñó un estudio de investigación que permitió describir las características de los pacientes, los motivos por los que consultaron y el proceso de atención habitualmente instaurado, que permitió monitorizar la implementación. Para ello se utilizaron bases de datos secundarias (la ficha estructurada anteriormente mencionada) para la captura de recolección de datos retrospectiva. Se configuró una cohorte retrospectiva que incluyó la totalidad de consultas efectivas y completas ocurridas entre el 21/05/2018 y el 14/09/2018. Los pacientes fueron seguidos desde la fecha de consulta virtual dentro de los 7 días subsiguientes para la recolección de las variables: reconsulta presencial en guardia o internación o ambas. Durante el tiempo del estudio se llevaron a cabo 434 teleconsultas, pero se excluyeron del análisis 216 por no

Recibido: 10/10/19

Aceptado: 14/10/19

Departamento de Informática en Salud (S.A.F.). Área de Investigación en Medicina Interna (M.F.G.R.). Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: maria.grande@hospitalitaliano.org.ar

cumplir con los criterios de inclusión (no eran IRA sino otros motivos de consultas administrativas, informativas, entre otras), por falta de una comunicación efectiva y/o por ausencia de una ficha estructurada completa. Las 218 consultas incluidas en el análisis se corresponden a 206 pacientes, con una media de edad de 46 años y 72% (n = 157) mujeres. Los síntomas que motivaron la consulta fueron principalmente tos (72%) y fiebre (39), mientras que los diagnósticos presuntivos más frecuentes fueron gripe (45,8%), faringitis (20,2%) y rinitis (12,8%). En cuanto a la conducta terapéutica, en el 86,7% (n = 189) de los casos se indicó tratamiento sintomático; solo 14 pacientes fueron derivados para atención presencial (6%). La indicación de fármacos (p. ej., antitérmicos, expectorantes, antibióticos) podía realizarse a través de carga activa de medicación aguda en la HCE; de ese modo el paciente puede comprar con descuento en cualquier farmacia asociada a la Institución. La tasa de reconsulta presencial a la guardia dentro de los 7 días de seguimiento tras la teleconsulta fue de 11,9% (n = 26), sin hospitalizaciones durante esa misma ventana temporal.

En conclusión, nuestra experiencia resultó práctica, tanto para pacientes (que volvieron a utilizar la herramienta, dado que algunos consultaron en más de una oportunidad) como para los profesionales (desde la percepción subjetiva durante las capacitaciones).

La implementación de este programa fue posible debido a las redes colaborativas de trabajo en equipo entre Servicios, Departamentos y disciplinas diferentes de la Institución. Participaron activamente en las diversas fases: la Central de Emergencias de Adultos (optimizando los recursos existentes –los profesionales de la demanda espontánea para la atención– para las telecomunicaciones), el Departamento de Informática en Salud (difusión, comunicación institucional, equipamiento, creación de la ficha electrónica garantizando la seguridad en el manejo de los datos, y el soporte técnico persistente), y el Área de Investigación en Medicina Interna de Clínica Médica (encargado de brindar asesoramiento metodológico y acompañamiento en trabajos de investigación relacionados).

El gran número de consultas durante esta primera experiencia nos hace pensar que los usuarios están dispuestos a utilizar nuevas estrategias alternativas de atención. En líneas futuras, nos dio pie para pensar que sería una herramienta de gestión eficaz para reducir el *overcrowding*, disminuir las demoras en la atención y evitar traslados innecesarios de los pacientes al hospital. Sería interesante indagar cuántas de las consultas hubieran incurrido en la presencial hospitalaria (es decir que sea una consulta evitada real), así como explorar satisfacción de la herramienta (tanto en pacientes como en médicos).

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Carbo A, Gupta M, Tamariz L, et al. Mobile Technologies for Managing Heart Failure: A Systematic Review and Meta-analysis, Telemed. J E Health. 2018. doi:10.1089/tmj.2017.0269.
2. Rat C, Hild S, Rault Sérandour J, et al. Use of Smartphones for Early Detection of Melanoma: Systematic Review J Med Internet Res. 2018; 20:e135.
3. Helsel BC, Williams JE, Lawson K, et al. Telemedicine and Mobile Health Technology Are Effective in the Management of Digestive Diseases: A Systematic Review. Dig Dis Sci. 2018; 63:1392-408.
4. Labiris G, Panagiotopoulou EK, Kozobolis VP. A systematic review of teleophthalmological studies in Europe. Int J Ophthalmol. 2018; 11:314-25.
5. Alanzi T. Role of Social Media in Diabetes Management in the Middle East Region: Systematic Review. J Med Internet Res. 2018; 20:e58.
6. Giunta DH, Pedretti AS, Elizondo CM, et al. [Analysis of Crowding in an Adult Emergency Department of a tertiary university hospital]. Rev Med Chil. 2017; 145(5):557-63.
7. Bentley JA, Thakore S, Morrison W, et al. Emergency Department redirection to primary care: a prospective evaluation of practice. Scott Med J. 2017; 62: 2-10.