

Telemedicina en Urología por necesidad durante la COVID-19

Telemedicine in Urology by Necessity during the COVID-19 Emergency

José Rafael Lama Paniego^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-4624-2710>

Mercedes del Rocío Leanez Jiménez¹ <https://orcid.org/0000-0002-5000-8153>

Fernando Candau Vargas-Zúñiga¹ <https://orcid.org/0000-0002-2099-3842>

Elisa María Ocon Revuelta¹ <https://orcid.org/0000-0001-5851-1637>

José Javier Alonso Flores¹ <https://orcid.org/0000-0002-7778-7046>

Víctor Manuel Beltrán Aguilar¹ <https://orcid.org/0000-0002-0288-217X>

Jaime Bachiller Burgos¹ <https://orcid.org/0000-0002-6622-2760>

¹Servicio de Urología. Hospital San Juan de Dios Aljarafe. Sevilla, España.

*Autor para la correspondencia: jlama89@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Durante la pandemia de la COVID-19, la práctica clínica se ha visto obligada a evolucionar rápidamente para responder a la demora en la atención presencial. Ha tenido que adoptar nuevas habilidades y estrategias por necesidad, como la telemedicina.

Objetivo: Describir la práctica y la metodología adoptada en la teleconsulta del Hospital San Juan de Dios Aljarafe de Sevilla, España.

Métodos: Cinco urólogos de nuestro centro revisamos la prioridad clínica de atención en función de la gravedad de la enfermedad, a los pacientes pendientes de primera evaluación y a los pendientes de revisión. Los pacientes se clasificaron en tres grupos: verde (demorable), amarillo (prioritario) y rojo (no demorable). Si

por su condición clínica eran susceptibles de evaluación en atención primaria eran dados de alta.

Resultados: Un total de 2037 pacientes fueron clasificados; 887 primeras visitas (PV) y 1150 revisiones (RV). Del número global, 1015 (49,8 %) fueron dados de alta, incluidos 391 PV (38,52 %). Las citas no demorables constituyeron un 11,58 %. Las citas demorables prioritarias fueron un 19,87 % de las RV y 9,13 % de PV. En el grupo demorable de PV se incluyeron 307 pacientes (34,61 % de PV) y RV 274 (43,91 %).

Conclusión: La telemedicina puede ser empleada como herramienta en la priorización de las consultas con un alto porcentaje de resolución (49,8 %) sin cita presencial.

Palabras clave: telemedicina; urología; COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: During the COVID-19 pandemic, clinical practice has been forced to evolve rapidly to respond to delays in face-to-face care. It has had to adopt new out of necessity skills and strategies, such as telemedicine.

Objective: Describe the practice and methodology adopted in the teleconsultation of the San Juan de Dios Aljarafe Hospital in Sevilla, Spain.

Methods: Five urologists of our center reviewed the clinical priority of care based on the severity of the disease, patients pending first evaluation and pending review. Patients were classified into three groups: green (delayable), yellow (priority), and red (non-delayable). If because of their clinical condition they were susceptible to evaluation in primary care levels, they were discharged.

Results: A total of 2037 patients were classified; 887 were first visits (PV) and 1150 were revisions (RV). Of the total number, 1015 (49.8%) were discharged, including 391 PV (38.52%). Non-delaying appointments were 11.58%. Priority delaying appointments were 19.87% of RVs and 9.13% of PV. The delayed PV group included 307 PV patients (34.61 %) and 274 RV patients (43.91 %).

Conclusion: Telemedicine can be used as a tool in the prioritization of consultations, with a high percentage of resolution (49.8%) with no face-to-face appointment.

Keywords: Telemedicine; urology; COVID-19.

Recibido: 17/11/2020

Aceptado: 05/05/2021

Introducción

Durante los meses de extensión de la pandemia de SARS-CoV-2 la medicina ha sufrido uno de los mayores impactos de su historia. La práctica clínica se ha visto obligada a evolucionar rápidamente para responder a la demora asistencial generada por esta.⁽¹⁾

Ante el nuevo escenario epidemiológico se han adoptado nuevas estrategias por necesidad como la telemedicina, por ejemplo. Los urólogos en concreto hemos tenido que aprender con rapidez y destreza la aplicación de esta técnica para dar respuesta⁽²⁾ a los pacientes.⁽³⁾

El objetivo fue describir la práctica y la metodología de la teleconsulta en el Hospital San Juan de Dios Aljarafe de Sevilla, España, en el ámbito de la urología.

Métodos

En función de la prioridad clínica, cinco urólogos del Hospital San Juan de Dios Aljarafe clasificamos a los pacientes, tanto a los pendientes de primera evaluación (atención primaria) como a aquellos pendientes de revisión.⁽⁴⁾

Los pacientes fueron clasificados en tres grupos a los que se les asignó una iconografía de colores. Con el verde identificamos a los que necesitaron atención demorable (fimosis, incontinencia, síntomas del tracto urinario inferior (STUI), disfunción eréctil). El amarillo correspondió a los de atención demorable prioritaria (PSA elevado, biopsia de próstata, estenosis de uretra, cólicos nefríticos no complicados) y preferente. Con el rojo identificamos a los que demandaron atención no demorable (procedimientos oncológicos, obstrucciones de vía urinaria, hematuria macroscópica, patología testicular).⁽³⁾ Todos los pacientes fueron contactados telefónicamente desde una línea del centro sanitario. A los que no fueron contactados se les facilitó una nueva cita presencial por correo ordinario y se demoró su consulta siguiendo el mismo criterio de clasificación.

Si por su condición clínica eran susceptibles de evaluación en atención primaria o precisaban más pruebas, fueron remitidos a su médico de atención primaria.

Resultados

En total se revisaron 2037 pacientes, 887 de ellos (43,54 %) corresponden a primeras visitas (PV) y otros 1150 (56,45 %) a revisiones (RV). Del global de pacientes, 1015 (49,8 %) fueron dados de alta. De ese total, 391 altas correspondieron a PV (38,52 % de PV) y a RV (61,47 % de las RV). Las citas no demorables de PV fueron 108 (12,17 % de PV).

Las clasificadas como demorables prioritarias en RV fueron 124 (19,87 % de RV). El número total de PV demorables prioritarias fue de 81 (9,13 % de PV). En total sumaron 10,06 % de demorable prioritaria entre RV y PV. En el grupo demorable PV se encuadró a 307 pacientes (34,61 % de PV) y 274 pacientes de RV (43,91 % de RV), lo que sumó un global demorable total de 28,52 % (tabla 1).

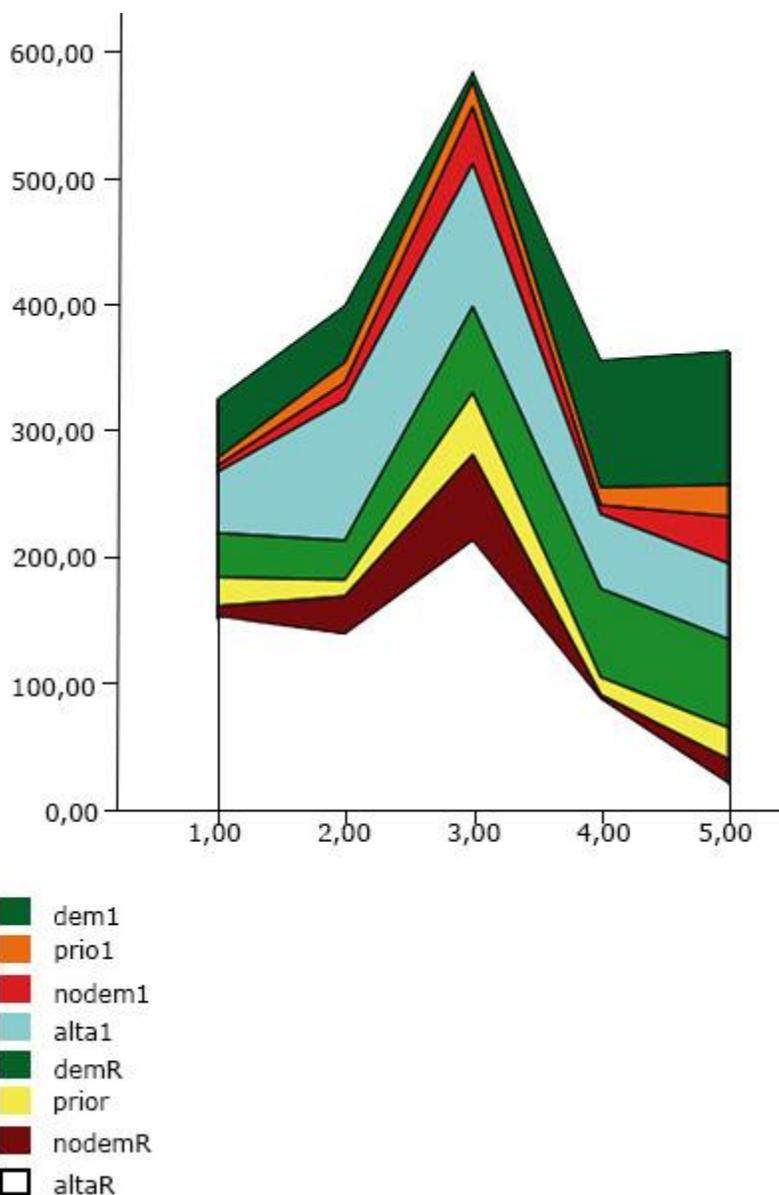
Tabla 1- Total de pacientes por urólogo y consulta

| | URO1 | URO2 | URO3 | URO4 | URO5 | URO TOTAL |
|----------------|------|------|------|------|------|-----------|
| DEMORABLE 1° | 47 | 45 | 8 | 101 | 106 | 307 |
| PRIORITARIO 1° | 6 | 16 | 20 | 14 | 25 | 81 |
| NO DEM 1° | 5 | 14 | 45 | 7 | 37 | 108 |
| ALTA 1° | 48 | 111 | 113 | 59 | 60 | 391 |
| 1° TOTALES | 106 | 186 | 186 | 181 | 228 | 887 |
| DEMOR R | 35 | 31 | 68 | 70 | 70 | 274 |
| PRIORITARIO R | 23 | 13 | 49 | 14 | 25 | 124 |
| NO DEM R | 8 | 30 | 68 | 3 | 19 | 128 |
| ALTA R | 155 | 141 | 215 | 90 | 23 | 624 |
| R TOTALES | 221 | 215 | 400 | 177 | 137 | 2037 |

El rango de porcentaje de altas fue desde 26,31 % de PV hasta un 60,75 % y el de RV desde 16,78 % hasta 70,13 %, siendo la mediana 45,48 % en PV y 53,70 en RV (tabla 2 y Fig. 1).

Tabla 2 – Porcentaje del tipo de consultas por urólogo en primeras veces y revisiones

| | URO1 | URO2 | URO3 | URO4 | URO5 |
|----------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| DEMORABLE 1° | 44,33 % | 24,19 % | 4,30 % | 55,80 % | 46,49 % |
| PRIORITARIO 1° | 5,66 % | 8,60 % | 10,75 % | 7,73 % | 10,96 % |
| NO DEM 1° | 4,71 % | 7,52 % | 24,19 % | 3,86 % | 16,22 % |
| ALTA 1° | 45,28 % | 59,67 % | 60,75 % | 32,59 % | 26,31 % |
| DEMOR R | 15,83 % | 14,41 % | 17,00 % | 39,54 % | 51,09 % |
| PRIORITARIO R | 10,40 % | 6,04 % | 12,25 % | 7,09 % | 8,24 % |
| NO DEM R | 3,61 % | 13,95 % | 17,00 % | 1,69 % | 13,86 % |
| ALTA R | 70,13 % | 65,48 % | 53,75 % | 50,84 % | 16,78 % |



Dem1 (demorables primeras veces), prio1 (prioritarias primeras veces), nodem1 (no demorables primeras veces), alta1 (altas primeras veces), demR (demorables revisiones), prioR (prioritarias revisiones), nodemR (no demorables revisiones), altaR (altas revisiones).

Discusión

En el análisis de los datos, evidenciamos un 21,64 % de consultas no demorables y prioritarias, las cuales una vez superada las dificultades para la atención

presencial, deberán ser la primera línea de trabajo para minimizar posibles complicaciones.^(5,6)

También evidenciamos un alto nivel de resolución de consulta 49,8 % sin necesidad de citar presencialmente al paciente. La consulta a distancia es un recurso útil para mejorar la accesibilidad, dado que facilitamos el acceso a pacientes que por otras circunstancias no podrían asistir a consulta (casos de pandemia, dificultad desplazamiento, barreras arquitectónicas, problemas económicos...). A su vez, generaríamos más tiempo de consulta física, el cual sería necesario en momentos de crisis para optimizar la atención a pacientes urgentes o preferentes, como ya se realiza en otras áreas de los hospitales.⁽⁷⁾

En cuanto a las diferencias evidenciadas entre urólogos, podemos atribuir esta disparidad en número de altas en pacientes pendientes de revisión y pruebas previos al período de pandemia, así como a que cada urólogo corresponde a un distrito sanitario diferente de atención primaria. Por esta razón, la cantidad de pacientes revisados por cada uno corresponde a pacientes con el seguimiento por el mismo urólogo, desde su inicio en la atención hospitalaria hasta su derivación posterior a atención primaria.

El ahorro potencial de recursos, teniendo en cuenta unos 15 pacientes por consulta y urólogo, supondría un ahorro de visitas de 67,66 consultas en este período (marzo, abril y mayo del 2020) y 13,53 consultas por urólogo en ese mismo lapso. Los urólogos deberíamos aprovechar la coyuntura actual para no desaprender las prácticas en teleconsulta adquiridas durante la pandemia, e incluso, potenciarlas con nuevas herramientas como la videoconsulta, la teleconsulta compartida con atención primaria o aplicaciones para el seguimiento del paciente crónico.

Limitaciones

Resulta necesario dar seguimiento a esta investigación y desarrollar un estudio prospectivo en los pacientes no atendidos. Faltó hacer un análisis de la tasa de evaluación presencial posterior de dichos pacientes en consulta especializada.

Conclusión

La telemedicina puede emplearse como herramienta útil en la clasificación de la prioridad de las consultas, con un porcentaje de resolución, sin necesidad de cita presencial, del 49,8 %. Su uso es indispensable para la atención en momentos de necesidad para la optimización de recursos.

Referencias bibliográficas

1. Thomas HL. Creating the New Normal: The Clinician Response to Covid-19. Catalyst non-issue content. Catalyst.nejm.org. 2020 [acceso 17/11/2020].
Disponibile en:
<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0076>
2. Ficarra V, Novara G, Abrate A, Bartoletti R, Crestani A, De Nunzio C, et al. Urology practice during the COVID-19 pandemic. Minerva Urologica e Nefrologica. 2020;72(3). Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
3. Puliatti S, Eissa A, Eissa R, Amato M, Mazzone E, Dell'Oglio P, et al. COVID-19 and urology: a comprehensive review of the literature. BJU International. 2020;06;125.
4. Campi R, Amparore D, Capitanio U, Checcucci E, Salonia A, Fiori C, et al. Assessing the Burden of Nondeferrable Major Uro-oncologic Surgery to Guide Prioritization Strategies During the COVID-19 Pandemic: Insights from Three Italian High-volume Referral Centres. European Urology. 2020;78(1):11-15.
5. John O. Video consultations for triage of patients with covid-19. BMJ. 2020;1583.
6. Goldman H, Haber G. Recommendations for Tiered Stratification of Urological Surgery Urgency in the COVID-19 Era. Journal of Urology. 2020;204(1):11-13.

7. De la Fuente Ballesteros S, García Granja N, Hernández Carrasco M, Hidalgo Benito A, García Álvarez I, García Ramón E. La consulta no presencial como herramienta de mejora de la consulta a demanda en atención primaria. Medicina de Familia SEMERGEN. 2018;44(7):458-462.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.