ACTUALIDAD MÉDICA
www.actualidadmedica.es
· SUPLEMENTO ·

Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia

VALORACIÓN DE LA TELEMEDICINA EN UN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DURANTE LA ALARMA SANITARIA POR COVID-19

ASSESSMENT OF TELEMEDICINE IN AN ORTHOPEDIC SURGERY DEPARTMENT DURING COVID-19 PANDEMIC

Alberto Vicente González Cuadrado, MD; Irene Illana Amillano, MD; Pilar Cañedo Martin, MD; Juan José Ballester Alfaro, MD, PhD;
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz, Spain.

Recibido: 02/09/2021 | Revisado: 07/09/2021 | Aceptado: 13/09/2021
Actual Med. 2021; 106(814). Supl2: 121-129

Revisión

RESUMEN

Introducción: La incorporación de la telemedicina aplicada en consulta durante la pandemia por COVID-19 se ha propuesto como una herramienta eficaz para mantener el distanciamiento social y evitar la saturación de recursos hospitalarios. Nuestro estudio analiza cómo hemos implementado esta herramienta en un servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, así como sus resultados, con el fin de valorar su continuidad en un futuro.

Pacientes y métodos: Se diseñó un algoritmo de teletrabajo mediante el que se analizaron un total de 845 primeras consultas de atención especializada, 1.377 revisiones propias del servicio y 239 revisiones de resultados.

Resultados: Se dividieron los resultados en función del tipo de consulta analizada. Primera consulta desde atención especializada (altas: 21,66%; cita normal: 75,98%; preferente: 2,36%), revisiones propias (altas: 47%; cita normal: 51,11%; cita preferente: 1,89%), revisiones de resultados (altas: 25,10%; cita normal: 67,78%; preferente: 7,11%).

Discusión: Observamos una elevada resolución en consultas de revisiones propias que se mantiene estable en el tiempo, independientemente de los días de demora. No se observó el mismo rendimiento en consultas de resultados ni en la primera atención especializada, probablemente motivada por la ausencia de exploración previa del traumatólogo y la escasez de solicitud de pruebas complementarias adecuadas que motivasen la interconsulta.

Conclusión: La telemedicina podría convertirse en parte de la práctica clínica diaria en un futuro, en la que los pacientes serían atendidos en persona o de forma telemática, obteniendo una mayor resolución en consultas procedentes de revisiones del propio servicio.

Palabras clave:
COVID-19;
SARS-CoV-2;
Ortopedia;
Telemedicina;
Recursos sanitarios;
Sistema nacional de salud.

ABSTRACT

Introduction: The incorporation of telemedicine applied in consultations during the COVID-19 pandemic has been proposed as an effective tool for maintaining social distancing and avoiding saturation of hospital resources. Our study analyzes the implementation and results of introducing this methodology in an Orthopedic Surgery department, in order to assess its continuity in the future.

Patients and methods: An algorithm was designed and applied to analyse the results for the following remote consultations : 845 first consultations, 1,377 follow-up consultations and 239 imaging results consultations.Results: The results were divided by type of consultation: First consultation (discharges: 21.66%; regular appointment: 75.98%; priority appointment: 2.36%), follow-ups (discharges: 47%; regular appointment: 51.11%; priority: 1, 89%), imaging results consultations (discharges: 25.10%; regular appointment: 67.78%; priority: 7.11%).

Discussion: We observed a high resolution rate for follow-up consultations, which remained stable regardless of the number of days the appointment was overdue. The same effectiveness was not observed for imaging results consultations or for first referrals, probably caused by the absence of a previous examination by the orthopedic surgeon and by the lack of adequate complementary tests that resulted into an in-person appointment.

Conclusion: Telemedicine could become part of daily clinical practice in the near future. Patients would be attended in person or remotely, obtaining a higher resolution rate for internal follow-up consultations.

Keywords:
COVID-19;
SARS-CoV-2;
Orthopedics;
Telemedicine;
Health resources;
National health system.

Correspondencia
Alberto Vicente González Cuadrado
Department of Orthopaedic Surgery, University Hospital of Puerto Real
Cta. Nacional IV, Km. 665 · Puerto Real, Cádiz, Spain.
E-mail: tovercor@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Asistimos al reto más importante al que se enfrenta la sanidad española en los últimos 100 años. Desde que la OMS declaro la pandemia por la propagación del COVID-19 el 11 de marzo de 2020, nuestro país ha sufrido unos cambios totalmente inimaginables[1].

Recomendaciones nacionales e internacionales han sido emitidas para orientar a los cirujanos ortopédicos en su labor para atender la patología musculoesquelética durante la pandemia por COVID-19. De particular interés para cada país son las recomendaciones elaboradas por las administraciones sanitarias[2] y las sociedades científicas[3,4].

Los servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) necesitan mantener estándares adecuados de atención a pesar de la reorganización del hospital, con el objetivo de proteger la salud y la seguridad de los pacientes y personal sanitario que trabaja en entornos hospitalarios[5]. El cirujano ortopédico con su labor puede incidir en cuatro áreas:

1. Evitar la utilización innecesaria de instalaciones ya de por sí saturadas.
2. Prevenir el agotamiento de recursos.
3. Controlar y proteger a pacientes y personal sanitario.
4. Evitar los desplazamientos innecesarios de pacientes al centro hospitalario y centros de especialidades.

Los Servicios de COT realizan unas 10.000.000 consultas al año[6], siendo la especialidad que más pacientes atiende. No sería extraño que durante un mes haya un millón de pacientes que tengan en su poder una cita con lugar y hora al que acudir. Si no son contactados, un porcentaje de ellos acudirá a las consultas, con los riesgos que puede suponer para el paciente y el personal sanitario. Y los que no acudan, desconocerán si su enfermedad era susceptible de ser atendida o no, la gravedad de su patología, y además no sabrán si su cita será o no reprogramada.

La telemedicina ha demostrado una gran utilidad en las crisis sanitarias en las que hay posibilidad de infección entre personas. Los beneficios de la consulta telemática para la COT ya han sido comprobados con una excelente percepción por parte del paciente[7].

PACIENTES Y MÉTODOS

Se diseñó un algoritmo de trabajo para implantar la telemedicina en la asistencia de los pacientes en consultas externas del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) del Hospital Universitario de Puerto Real, que presta asistencia sanitaria a una población estimada de 367.000 habitantes, *(y que aumenta considerablemente en periodo estival por ser una zona costera)*. Los 17 facultativos del servicio participaron en este estudio. El trabajo se desarrolló durante el periodo comprendido entre el 16/03/2020 y el 30/04/2020 (6 semanas). El software utilizado para llevar a cabo la revisión del historial médico del paciente de forma telemática fue Citrix Systems, Inc. (NASDAQ: CTXS), mediante el acceso remoto a la Estación Clínica del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Se entregó semanalmente un listado a cada facultativo con un número entre 34 y 53 pacientes adscritos, que debían entregar terminado siguiendo las directrices establecidas en el algoritmo de teletrabajo.

Algoritmo de teletrabajo:

- Se dará preferencia a la consulta telemática (por teléfono), evitando el contacto innecesario entre personas, permitiendo la comunicación en tiempo real entre el médico y el paciente[3].
- Se mantienen únicamente de forma presencial las consultas procedentes de urgencias que requieran actuación traumatológica (ej.: fractura con yeso cerrado) y las consultas procedentes de post-hospitalización inmediata. El equipo facultativo se organizó en turnos de trabajo desde el Hospital y el domicilio, para optimizar los recursos humanos y estructurales.
- En las primeras semanas del periodo de confinamiento, se revisaron también las interconsultas desde Atención primaria que ya estaban citadas con anterioridad, manteniendo las visitas sólo para pacientes con sospecha de patología grave. Estas actuaciones no forman parte del estudio.
- Los listados se repartieron de forma secuencial en función de las características de las agendas pendientes en: 1- Revisiones de resultados (**REVRES**); 2- Interconsultas desde Atención Especializada (**PAPE**); 3- Revisiones propias del Servicio COT (**REV**).
- Los facultativos dispondrán de un listado donde clasificarán a los pacientes (**Fig. 1**), previa valoración del caso mediante su historia digital y la realización de la consulta telemática, en:
- Cita normal: es aquella en la que la demora en su atención difícilmente generará secuelas en el paciente y cuya atención en consultas no producirá un alivio inmediato de la patología. Es una patología tolerable y crónica. Se establecen los medios para planificar la cita para más adelante, normalmente en 3-4 meses.
- Cita preferente: es aquella cuya demora puede producir secuelas permanentes en el paciente, como

el control de cirugías recientes, fracturas, yesos o patología oncológica no controlada. Se citan en un intervalo entre 1 y 4 semanas en función de la prioridad.

- Alta: tras la revisión de las pruebas complementarias y conversación telefónica, en el caso de que el paciente refiera que la patología degenerativa o traumática que generó su derivación ha desaparecido y de que su estado de salud sea el correcto.

- Se establece una segunda revisión de los listados que se han distribuido a los facultativos, que es realizada por dos revisores para los casos en los que el paciente va a ser dado de alta o se le ha asignado una cita preferente. En el caso de que el facultativo genere un Informe de Alta de Consultas, un segundo revisor valora el informe y se le envía al paciente a su domicilio. En el caso de que el facultativo señale la necesidad de dar una cita preferente, en esta segunda revisión se valora nuevamente el tipo de patología y se le asigna una cita presencial entre 7 días y 1 mes desde la revisión, en función de la prioridad clínica.

Esta actuación e incorporación de la telemedicina en nuestra práctica clínica diaria durante esta pandemia estuvo sujeta a las siguientes premisas:

- Continuar respetando los protocolos y los mecanismos de garantía de calidad vigentes, incluida la notificación del alta del proceso asistencial, así como del seguimiento.

- Con la única excepción de un examen físico, la calidad de la atención en telemedicina debe ser la misma o no menor que la atención en persona. El proceso de atención no debe modificarse ni comprometerse de ninguna manera que ponga en peligro la seguridad del paciente.

Criterios de inclusión:

Todo paciente pendiente de cita en cualquiera de las siguientes modalidades: **a)** consulta de resultados (**REVRES**), **b)** primera consulta de atención especializada (**PAPE**) y **c)** consulta de revisiones COT (**REV**).

Variables examinadas:

Las variables que se analizaron fueron: número total de consultas, altas, citas normales, citas preferentes, demora inicial de cada listado, demora final y diferencia de ambas.

Análisis estadístico:

El análisis estadístico fue llevado a cabo por el software SPSS (SPSS Statistics for Macintosh, Version 25.0 IBM Corporation Inc., Armonk, NY). Se midieron los resultados en valores absolutos y porcentuales en cada una de las modalidades de consulta.

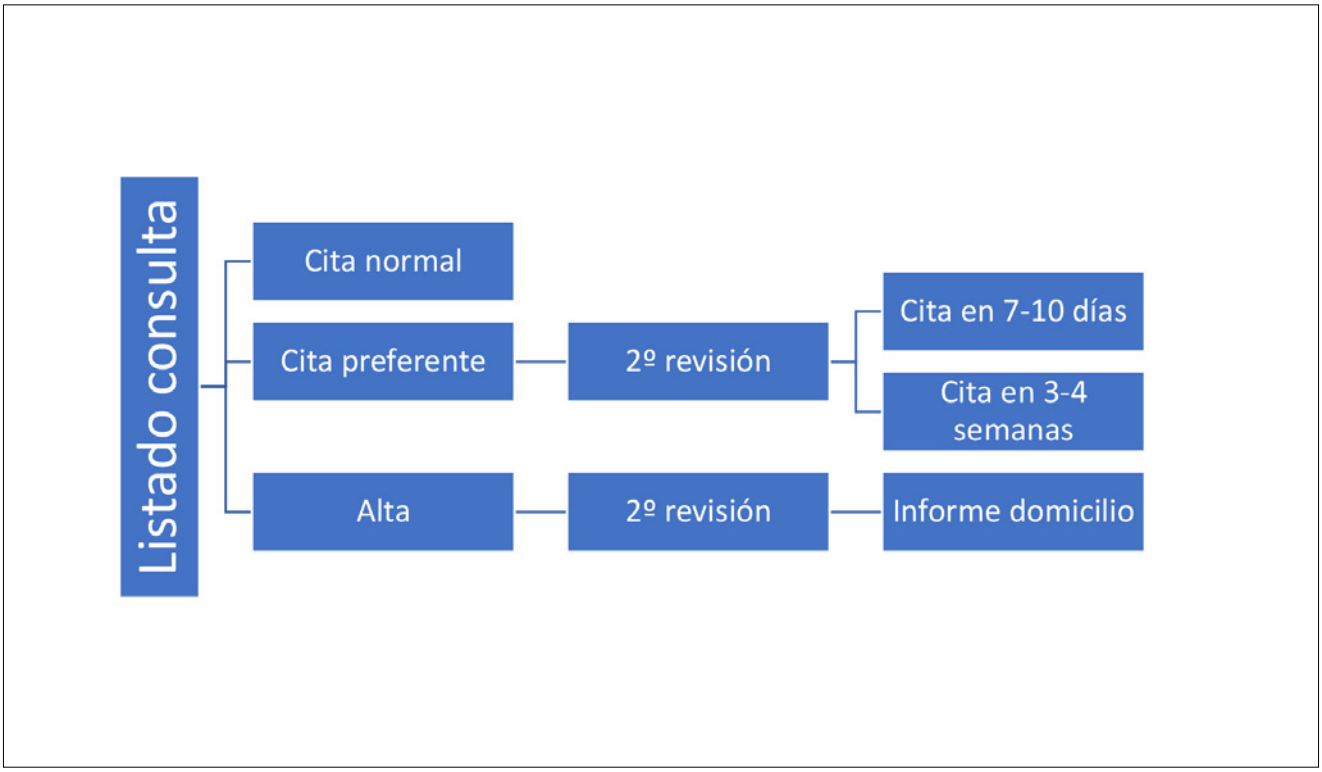

Figura 1. Algoritmo teletrabajo

RESULTADOS

Se realizaron un total de 2.461 consultas telemáticas. Se dividieron los resultados en función del tipo de consulta realizada.

a. Consulta de resultados (**REV-RES**) (**Tabla 3**): se dividieron las consultas de resultados en 3 periodos: **1)** consultas de resultados anteriores al verano (agosto 2019), **2)** septiembre 2019 a diciembre 2019 y **3)** enero 2020 a marzo 2020. Se realizó un total de 239 consultas a pacientes. En el primer periodo un 39,53% de los pacientes fueron dados de alta, a un 4,65% se les asignó una cita preferente y a un 55,81% se les asignó una cita normal; en el segundo periodo un 37,23% de los pacientes fueron dados de alta, a un 14,89% se les asignó una cita preferente y a un 47,87% se les asignó una cita normal; en el tercer periodo un 7,84% de los pacientes fueron dados de alta, a un 0,98% de los pacientes se les asignó una cita preferente y a un 91,18% se les asignó una cita normal. La media de altas fue de 25,10%, de citas preferentes un 7,11% y de citas normales un 67,78%. En cuanto a la demora, la cifra más alta con la que se comenzó fue una demora de 450 días y se consiguió realizar una teleconsulta a todos los pacientes hasta llegar a 0 días de demora.

ITEMS/FECHA	ENERO19-AGOSTO19	SEPT19-DIC19	ENERO20-MARZO20	TOTAL
TOTAL	43	94	102	239
ALTAS	17	35	8	60
% ALTAS	39,54 %	37,24 %	7,84 %	25,10 %
CITA NORMAL	24	45	93	162
% CITA NORMAL	55,81 %	47,87 %	91,18 %	67,78 %
PREFERENTES	2	14	1	17
% PREFERENTES	4,65 %	14,89 %	0,98 %	7,12 %

Tabla 3. Resultados listados de consultas de revisión de resultados (REV-RES).

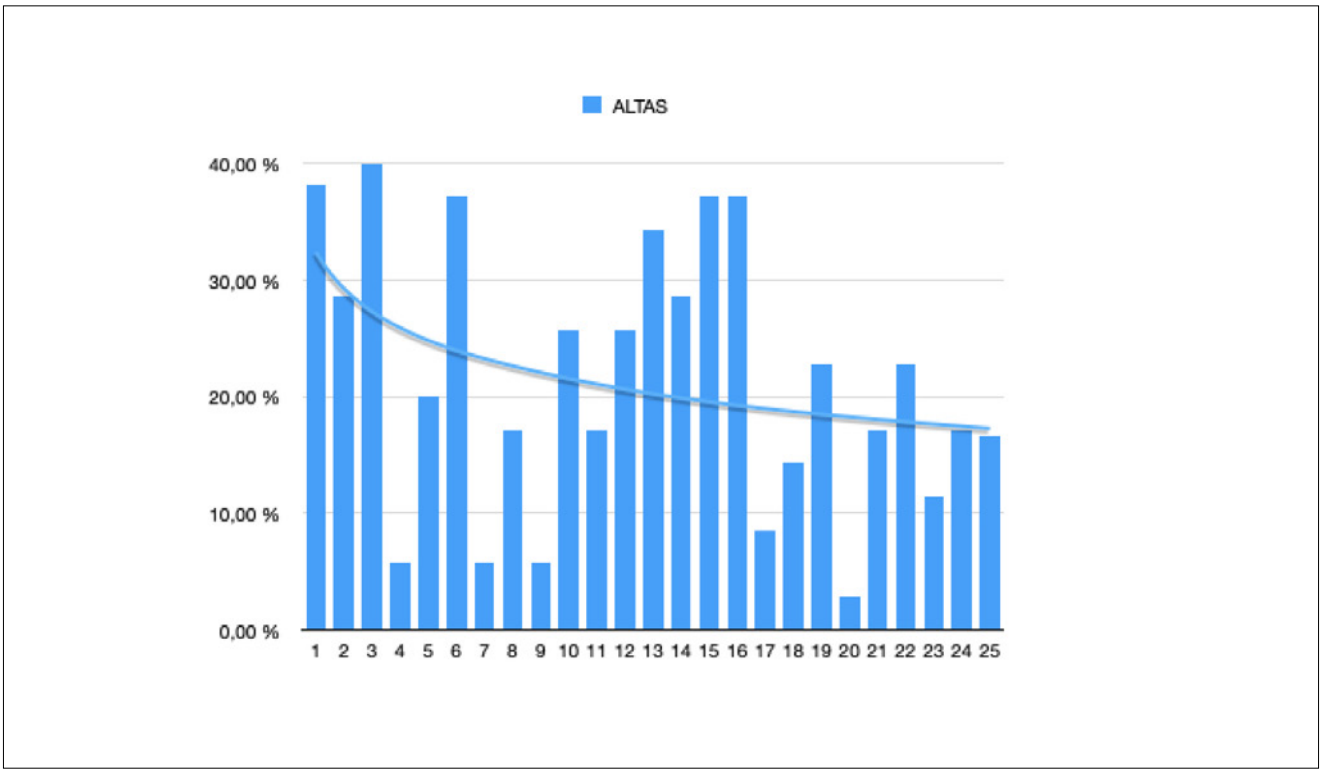

Figura 2. Gráfica relación porcentaje altas y listados de primeras consultas de atención especializada (PAPE).

LISTADO	PACIENTES	ALTAS (%)		C. NORMALES (%)		C. PREFERENTES (%)		DEMORA INICIO	DEMORA FIN	DIFERENCIA
1	34	13	38,24 %	21	61,76 %	0	0,00 %	799	512	287
2	35	10	28,57 %	25	71,43 %	0	0,00 %	507	412	95
3	35	14	40,00 %	21	60,00 %	0	0,00 %	407	351	56
4	35	2	5,71 %	32	91,43 %	1	2,86 %	350	302	48
5	35	7	20,00 %	28	80,00 %	0	0,00 %	302	272	30
6	35	13	37,14 %	15	42,86 %	7	20,00 %	272	245	27
7	35	2	5,71 %	30	85,71 %	3	8,57 %	245	218	27
8	35	6	17,14 %	29	82,86 %	0	0,00 %	218	199	19
9	35	2	5,71 %	33	94,29 %	0	0,00 %	198	170	28
10	35	9	25,71 %	26	74,29 %	0	0,00 %	169	155	14
11	35	6	17,14 %	26	74,29 %	3	8,57 %	155	142	13
12	35	9	25,71 %	26	74,29 %	0	0,00 %	142	133	9
13	35	12	34,29 %	22	62,86 %	1	2,86 %	133	119	14
14	35	10	28,57 %	25	71,43 %	0	0,00 %	119	105	14
15	35	13	37,14 %	22	62,86 %	0	0,00 %	105	76	29
16	35	13	37,14 %	22	62,86 %	0	0,00 %	76	63	13
17	35	3	8,57 %	32	91,43 %	0	0,00 %	63	55	8
18	35	5	14,29 %	30	85,71 %	0	0,00 %	52	45	7
19	35	8	22,86 %	27	77,14 %	0	0,00 %	43	37	6
20	35	1	2,86 %	34	97,14 %	0	0,00 %	37	31	6
21	35	6	17,14 %	29	82,86 %	0	0,00 %	31	24	7
22	35	8	22,86 %	27	77,14 %	0	0,00 %	24	17	7
23	35	4	11,43 %	26	74,29 %	5	14,29 %	17	10	7
24	35	6	17,14 %	29	82,86 %	0	0,00 %	10	3	7
25	6	1	16,67 %	5	83,33 %	0	0,00 %	3	0	3
TOTAL	**845**	**183**	**21,66 %**	**642**	**75,98 %**	**20**	**2,37 %**			**-799**

Tabla 1. Resultados listados de primeras consultas de atención especializada (PAPE).

b. Primera consulta de atención especializada (**PAPE**) (Tabla 1): se entregaron 26 listados con 34-35 pacientes cada uno y se realizaron un total de 845 de consultas telemáticas a pacientes, de los cuales 183 (21,66%) fueron dados de alta, a 642 pacientes (75,98%) se les asignó una cita normal, y a 20 pacientes (2,36%) se les asignó una cita preferente. Se analizó el comportamiento del porcentaje de altas con relación al número de días de demora (**fig. 2**) de cada listado de pacientes, en el que se observó una línea de tendencia logarítmica por debajo del 20%. En cuanto a la demora, la cifra más alta con la que sé comenzó la teleconsulta era de 799 días y la cifra más baja era 0 días. Se consiguió realizar una teleconsulta a todos los pacientes que requerían una primera consulta de atención especializada hasta llegar a una demora de 0 días, siendo la diferencia de -799 días.

LISTADO	PACIENTES	ALTAS (%)		C. NORMALES (%)		C. PREFERENTES (%)		DEMORA INICIO	DEMORA FIN	DIFERENCIA
1	52	34	65,38 %	18	34,62 %	0	0,00 %	2085	784	1301
2	53	31	58,49 %	22	41,51 %	0	0,00 %	776	582	194
3	53	33	62,26 %	20	37,74 %	0	0,00 %	581	526	55
4	53	40	75,47 %	13	24,53 %	0	0,00 %	525	493	32
5	53	20	37,74 %	33	62,26 %	0	0,00 %	493	422	71
6	53	23	43,40 %	30	56,60 %	0	0,00 %	419	360	59
7	53	29	54,72 %	24	45,28 %	0	0,00 %	360	297	63
8	53	30	56,60 %	23	43,40 %	0	0,00 %	297	262	35
9	53	26	49,06 %	24	45,28 %	3	5,66 %	262	237	25
10	53	17	32,08 %	35	66,04 %	1	1,89 %	235	220	15
11	53	30	56,60 %	22	41,51 %	1	1,89 %	220	199	21
12	53	26	49,06 %	27	50,94 %	0	0,00 %	199	171	28
13	53	21	39,62 %	32	60,38 %	0	0,00 %	171	159	12
14	53	41	77,36 %	12	22,64 %	0	0,00 %	159	155	4
15	53	19	35,85 %	26	49,06 %	8	15,09 %	155	143	12
16	53	18	33,96 %	34	64,15 %	1	1,89 %	143	118	25
17	53	24	45,28 %	29	54,72 %	0	0,00 %	116	108	8
18	53	27	50,94 %	26	49,06 %	0	0,00 %	108	85	23
19	53	12	22,64 %	39	73,58 %	2	3,77 %	85	77	8
20	53	20	37,74 %	33	62,26 %	0	0,00 %	77	53	24
21	53	19	35,85 %	32	60,38 %	2	3,77 %	52	52	0
22	53	12	22,64 %	37	69,81 %	4	7,55 %	52	42	10
23	53	22	41,51 %	30	56,60 %	1	1,89 %	41	30	11
24	53	34	64,15 %	18	33,96 %	1	1,89 %	30	24	6
25	53	17	32,08 %	36	67,92 %	0	0,00 %	24	24	0
26	53	22	41,51 %	29	54,72 %	2	3,77 %	24	17	7
TOTAL	**1377**	**647**	**46,99 %**	**704**	**51,13 %**	**26**	**1,89 %**			**-2.067**

Tabla 2. Resultados listados de consultas de revisión COT (REV).

c. Consulta de revisión COT (**REV**) (Tabla 2): se entregaron 25 listados de pacientes con 52-53 pacientes cada uno y se realizó un total de 1.377 consultas a pacientes, de los cuales 647 (47%) fueron dados de alta, a 704 pacientes (51,11%) se les asignó una cita normal y a 26 de ellos (1,89%) se les asignó una cita preferente. Se analizó de la misma forma el porcentaje de altas con relación al número de días de demora (**fig. 3**) de cada listado de pacientes, en el que se observó una línea de tendencia logarítmica cercana al 40%. En cuanto a la demora, la cifra más alta con la que sé comenzó la teleconsulta era de 2.085 días, la cifra más baja 17 días. Se consiguió realizar una teleconsulta a todos los pacientes que requerían una consulta de revisión COT hasta llegar a la demora de 17 días, siendo la diferencia de -2.068 días.

DISCUSIÓN

El dilema actual al que se enfrentan los sistemas de salud en todo el mundo consiste en cómo mantener la capacidad de proporcionar atención no solo a las personas afectadas con COVID-19, sino también a los pacientes con patologías agudas y crónicas de las distintas especialidades, al tiempo que proteger a los médicos, enfermeros/as y demás personal sanitario.

Con la aparición de COVID-19 hemos podido observar, en general, que:

1. Una proporción considerable de consultas ambulatorias en diversos entornos puede manejarse clínicamente de manera efectiva desde la distancia, es decir, los pacientes con condiciones no urgentes pueden ser atendidos mediante telemedicina sin comprometer su salud o calidad de atención.

2. La infraestructura necesaria para llevarla a cabo se encuentra ampliamente disponible en los sistemas de salud en los sectores público y privado, ya que podría ser suficiente una simple llamada telefónica para evitar una visita médica[1]. Sólo sería necesario un teléfono, un facultativo con experiencia en el pase de consulta y con acceso a la historia digital, y un listado de pacientes.

3. La logística necesaria puede desarrollarse rápidamente, incluyendo la capacitación donde sea necesario, el personal y la dinámica de trabajo.

La comunidad sanitaria se enfrenta a una oportunidad sin precedentes para, en base a la experiencia actual, extraer lecciones de futuro, incluyendo el diseño de sistemas de atención que mejoren el acceso y la calidad del sistema sanitario.

En concreto, la especialidad COT tiene ciertas particularidades que en principio pueden generar ciertas dudas respecto a la pertinencia de esta modalidad de trabajo, ya que la exploración física directa en muchas ocasiones es parte fundamental de la valoración global del paciente. Sin embargo, según nuestra experiencia,

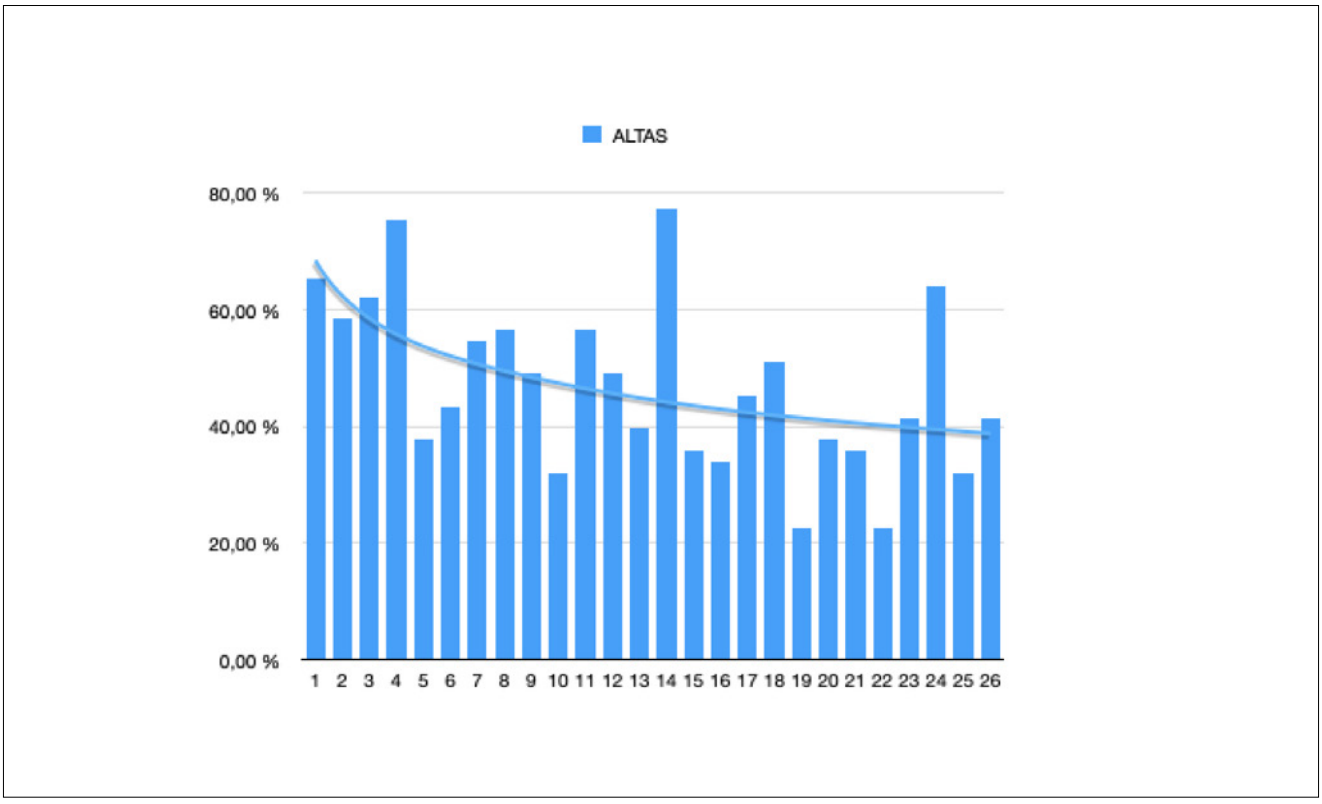

Figura 3. Gráfica relación porcentaje altas y listados de consultas de revisión(REV).

la situación de alarma sanitaria y confinamiento forzoso nos ha enseñado que la aplicación de la teleconsulta es muy útil en determinadas situaciones y es una herramienta complementaria que se puede aplicar en situaciones de normalidad, facilitando y agilizando las visitas. En base a los datos obtenidos en nuestro estudio podemos apreciar que, en:

- Consulta de revisión COT (**REV**): los datos muestran un porcentaje elevado de resolución en cuanto porcentaje de altas se refiere, con una media del 47%, con una cifra más alta en los listados iniciales y por tanto con más tiempo de demora, y más baja en los listados últimos con menor tiempo de demora. Este porcentaje se estabiliza a lo largo del tiempo y se evidencia una línea de tendencia cercana al 40% independientemente del tiempo de demora de cada listado. En cuanto a la demora de la consulta, si bien se inició el estudio con una cifra bastante elevada (2.085 días), se redujo rápidamente en 1.301 días al ser vistos los primeros 52 pacientes correspondientes al primer listado, comenzando el siguiente listado con una demora de 776 días. El análisis de los datos nos lleva a pensar que podríamos mantener en un futuro una teleconsulta para las propias revisiones de COT (REV) como herramienta complementaria a las consultas presenciales. Han demostrado, por una parte, un rendimiento elevado sin afectar a la calidad percibida por el paciente, y por otra parte puede liberar recursos estructurales, disminuyendo la necesidad de infraestructura física en el hospital, y permitiendo a la vez las consultas presenciales habituales antes la pandemia por COVID-19. De hecho, durante el "periodo de desescalada" estamos manteniendo esta modalidad de trabajo y propondremos a la Dirección del Centro continuar en la fase de "nueva normalidad".

- Primera consulta de atención especializada (**PAPE**): los datos recogidos muestran una media de altas de un 21,66%, siendo este porcentaje más alto en los listados con mayor tiempo de demora y menor en los listados con menor tiempo de demora, mostrando una línea de tendencia por debajo del 20%. Esto nos lleva a pensar que no sería eficiente este tipo de consulta en un futuro tras la pandemia por COVID-19. La razón del menor porcentaje de altas podría radicar en la necesidad de una exploración "de novo" en este tipo de consulta, que sólo permite la correcta realización de una anamnesis, no habiendo sido previamente el paciente explorado nunca por un traumatólogo. Por otra parte, hemos detectado un alto porcentaje de estas consultas donde al paciente no se le había solicitado una prueba complementaria adecuada por parte de la unidad que lo derivaba, según los protocolos establecidos. En cuanto a la demora, aunque la cifra de demora inicial es bastante alta (799 días), hemos de recalcar que cuando se realizó la teleconsulta a los 69 primeros pacientes esta cifra descendió a menos de la mitad (351 días). Aunque el rendimiento de este apartado no es el esperado, sí nos ha mostrado un área de mejora fundamental, como es la necesidad de revisar y actualizar los protocolos de derivación que ya teníamos consensuados con otras unidades, como la de rehabilitación. De hecho, la aplicación práctica de este análisis nos lleva a elaborar una estrategia de consenso con especialidades afines y mantener una consulta telemática para valorar el cumplimiento de los criterios de derivación desde otras especialidades.

- Consultas de revisión de resultados COT (**REVRES**): Los datos recogidos muestran una media de altas elevada, por encima del 35% en las consultas realizadas antes de enero de 2020, con mas de 3,5 meses de antelación con respecto a la fecha de inicio del estudio. El rendimiento de la consulta telemática con menos de 4 meses de antelación es mínimo, con un porcentaje de altas cercano al 8%, debido probablemente a dos cuestiones fundamentales: por un lado, en muchas ocasiones el resultado de la prueba complementaria no estuvo disponible en el momento de revisión, y, por otro lado, en numerosas ocasiones no ha pasado el tiempo suficiente para la resolución de la patología musculoesquelética.

En general, y analizando los tres tipos de teleconsultas expuestas, en total se han evitado 2461 visitas al hospital desde el comienzo del estado de alarma y confinamiento hasta las 6 semanas siguientes, manteniendo siempre una atención sanitaria adecuada y habiendo valorado los pacientes de forma positiva esta modalidad de atención.

Creemos sería un error considerar que la utilidad de la telemedicina se limita al manejo de la crisis actual, cuya utilidad se disipará cuando termine la crisis de la pandemia. Al mismo tiempo, debemos sacar conclusiones eficientes con respecto a las lecciones aprendidas de nuestra experiencia con la telemedicina[8].

Mientras que la telemedicina ha sido adoptada como un medio necesario para mantener el sistema de salud durante la pandemia, los encargados de formular políticas en varios niveles aún tienen que apreciar completamente cómo capitalizar este potencial en tiempos normales, construyendo el sistema de salud del futuro.

Como limitaciones a nuestro estudio, debemos señalar que la premura de una situación de estado de alarma y confinamiento no esperado provocaron que las decisiones estratégicas sobre el tipo y la organización de las consultas se tomaran en la primera semana, en la que además se reorganizaron los quirófanos programados previamente y otras áreas del hospital para la asistencia de pacientes COVID-19. Por otra parte, precisamente la necesidad de tener que tomar decisiones rápidas durante la primera semana de confinamiento, nos sirve de apoyo a la idea de que este tipo de estrategias se puede implementar sin excesiva dificultad y, en situación de mayor normalidad establecer una sistemática de trabajo, combinando las consultas presenciales y telemáticas para el futuro inmediato.

CONCLUSIONES

La aplicación de la telemedicina en los Servicios COT puede proporcionar un medio seguro para brindar atención clínica cuando los peligros del contacto interpersonal superan los beneficios de las visitas estándar a los pacientes, como lo estamos experimentando actualmente durante la pandemia de la enfermedad por COVID-19. Esta experiencia no deseada nos debe servir para establecer un área de mejora y superar una debilidad y una amenaza cómo es la presión asistencial en las consultas del aparato locomotor, convirtiéndolas en una oportunidad de mejora y en una fortaleza de nuestros Centros Hospitalarios.

Idealmente, la telemedicina podría convertirse en una herramienta parcial en la práctica clínica diaria de nuestra especialidad COT, en la que los pacientes serían atendidos en persona o por telemedicina, según el tipo de patología y la modalidad de cita del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SECOT. Importancia de la telemedicina en CCEE COT. https://www.secot.es/media/docs/covid19/ecomendacionesSECOTGeneralesDeCOTFrenteAlCovid19.pdf (2020).

2. https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/specialty-guide-orthopaedic-trauma-and-coronavirus-v1-16-march-2020.pdf (25th March 2020, date last accessed).

3. Recomendaciones generales de la SECOT frente al COVID. https://www.secot.es/media/docs/covid19/Recomendacione sSECOTGeneralesDeCOTFrenteAlCovid19.pdf (25th March 2020, date last accessed). (2020).

4. https://www.portalsato.es. Recomendaciones SATO para actuación en situación de alerta sanitaria por COVID-19.

5. Gómez-Barrena, E. et al. Limiting spread of COVID-19 in an orthopaedic department—a perspective from Spain. Journal of Surgical Case Reports 2020, rjaa095 (2020).

6. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. Año 2016 [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2018.

7. Buvik A, Bugge E, Knutsen G, Småbrekke A, Wilsgaard T. Patient reported outcomes with remote orthopaedic consultations by telemedicine: A randomised controlled trial. J Telemed Telecare. 2019 Sep;25(8):451-459.

8. Bashshur, R., Doarn, C. R., Frenk, J. M., Kvedar, J. C. & Woolliscroft, J. O. Telemedicine and the COVID-19 Pandemic, Lessons for the Future. Telemedicine and e-Health tmj.2020.29040.rb (2020) doi:10.1089/tmj.2020.29040.rb.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:
González Cuadrado AV, Illana Amillano I, Cañedo Martin P, Ballester Alfaro JJ. Valoración de la telemedicina en un servicio de traumatología durante la alarma sanitaria por COVID-19. Actual Med. 2021; 106(814). Supl2: 121-129