



216 - EFICACIA DE LA TELEMEDICINA CON TELEMONITORIZACIÓN EN EL CONTROL DOMICILIARIO DE PACIENTES CON COVID-19

C. Pedrosa Fraga, R. Suárez Gil, I. Iñiguez Vázquez, J. Liñares Martínez, M. Bal Alvarado, J.Á. Fernández Rial y E. Casariego Vales

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

Resumen

Objetivos: Evaluar si la telemedicina con telemonitorización es una herramienta clínicamente útil y segura en el seguimiento domiciliario de pacientes con COVID-19.

Métodos: Estudio retrospectivo de cohortes de todos los pacientes diagnosticados de COVID-19 (PCR positiva y/o Ag.) en Galicia entre el 26 de diciembre de 2020 y el 15 de febrero de 2021. Se evalúa el seguimiento domiciliario estructurado y proactivo con telemedicina y telemonitorización (programa TELEA) en los pacientes considerados de alto riesgo en el Área de Lugo, A Mariña y Monforte (ASLAM) frente al convencional por Atención Primaria o por modelos incompletos de telemedicina en las restantes Áreas Sanitarias de Galicia.

Resultados: En Galicia, en dicho período, se diagnosticaron 47.053 pacientes, 4.384 (9,3%) en el ASLAM. De ellos 1.187 (27,1%) se siguieron con TELEA y los restantes (3197 en el ASLAM y 42.669 en el resto de Galicia) por otros métodos. Aunque los pacientes seguidos por TELEA fueron de mayor edad, acudieron menos a Urgencias hospitalarias ($p = 0,05$), ingresó un número menor ($p < 0,01$), su estancia hospitalaria fue más corta ($p < 0,0001$) y en su primer ingreso hospitalario la mortalidad fue menor ($p = 0,03$). Ajustando por edad, en el ASLAM se registraron 17,6 vs. 29,2 fallecimientos/100.000 habitantes en el resto de Galicia. Entre los pacientes en control domiciliario fallecieron 4 pacientes (0,3%), con enfermedades previas fatales a corto plazo y con acuerdos de evitar el traslado hospitalario y no se registraron otras urgencias vitales.

Primer contacto telefónico con el paciente

Identificación y presentación

Justificación de la llamada

Explicar seguimiento

Determinar tipo de seguimiento en base encuesta de evolución clínica, características del paciente y riesgo de probabilidad

Trasladar al facultativo incidencias de la primera valoración (grado de obesidad, puérperas, problemática social u otras)

Tipos de seguimiento

| | A | B | C | D |
|------------------------|--|---|--|--|
| Criterios de inclusión | Menos de 8 días de evolución + síntomas | Menos de 8 días de evolución + síntomas | Menos de 8 días de evolución + síntomas leves | Más de 4 días de evolución. No síntomas |
| Acciones enfermera | Revisar biomedidas Tª y Sat.O2 tres veces al día Revisar encuesta sintomática 1º hora del día Contacto telefónico con el paciente una vez al día | Contacto telefónico con el paciente todos los días 08 y 20h Realizar encuesta sintomática C/Tª y Saturación de O2 | Contacto telefónico con el paciente días alternos Realizar encuesta sintomática y C/Tª Contacto telefónico con el paciente días alternos | El paciente comunicará a la enfermera cualquier cambio de su situación clínica |

Trasladar incidencias al facultativo si fuese necesario

Control de biomedidas (Tª y Sat.O2) 08-09h, 14-15h, 19-20h

| | | | | |
|-----------------------|---|-------------------------------------|---------------------|---------------------|
| Acciones del paciente | Cubrir encuesta sintomática (08-09h) Introducir datos de biomedidas en App Telea | Control de biomedidas (Tª y Sat.O2) | Control de Tª c/8 h | Control de Tª c/8 h |
|-----------------------|---|-------------------------------------|---------------------|---------------------|

Comunicar al equipo de enfermería de teleseguimiento signos y síntomas de alarma

Acciones del facultativo
Contactar con el paciente para resolver alertas comunicadas por enfermería

Derivar al paciente al servicio de urgencias si es necesario

Comunicar al servicio de urgencias el traslado

Alta del paciente

Pacientes en seguimiento (N = 1.187)

Sexo (varón)

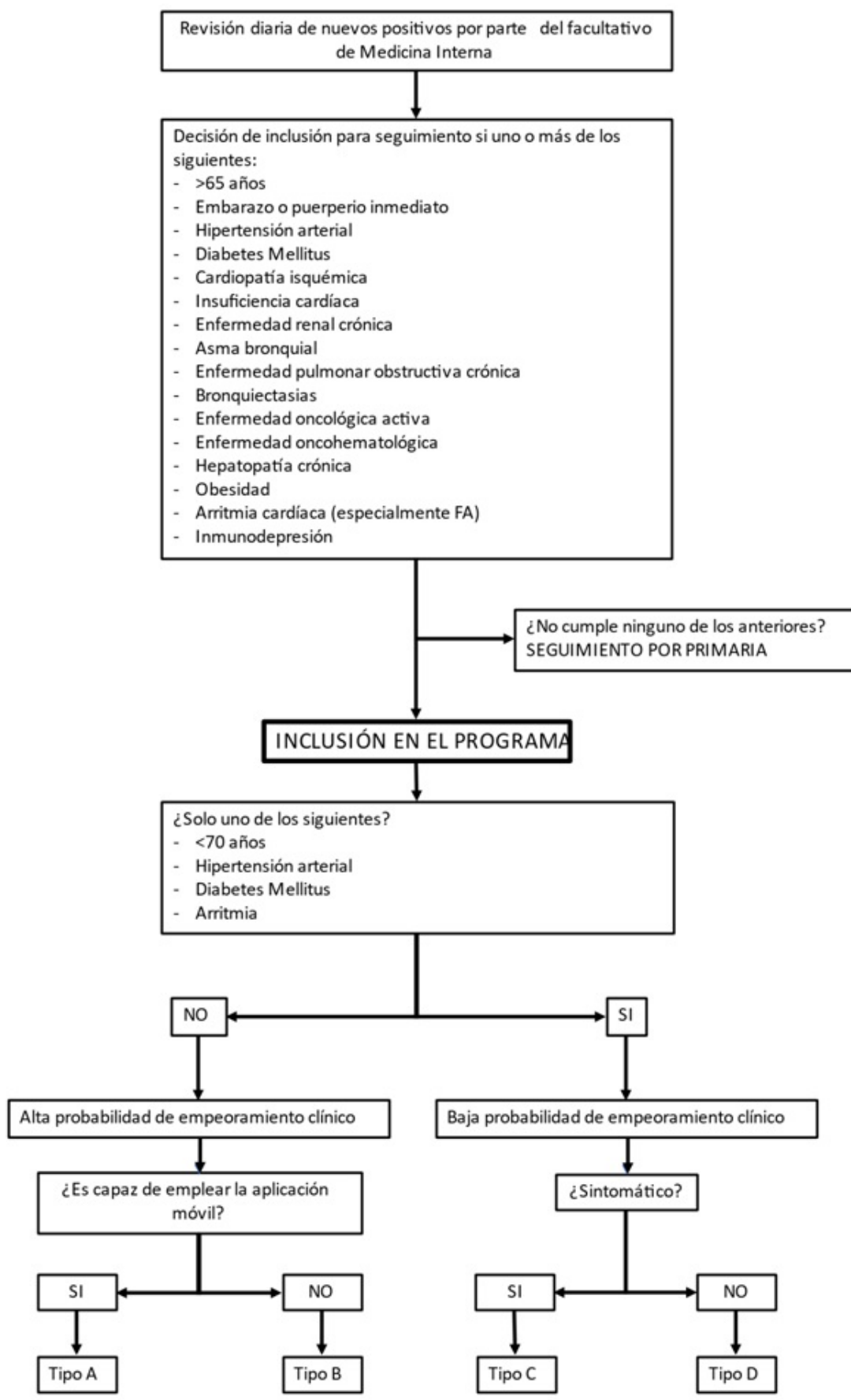
596 (50,3%)

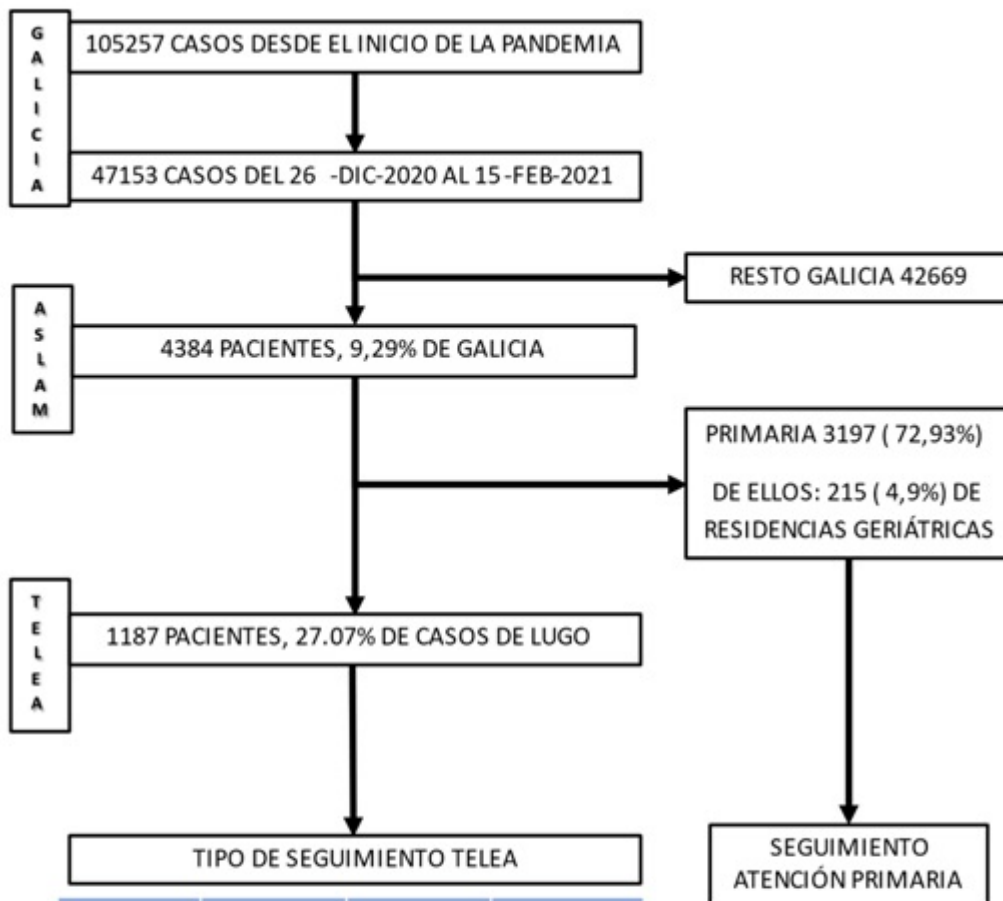
Edad

Edad media; DE

65,6; 15,9 años

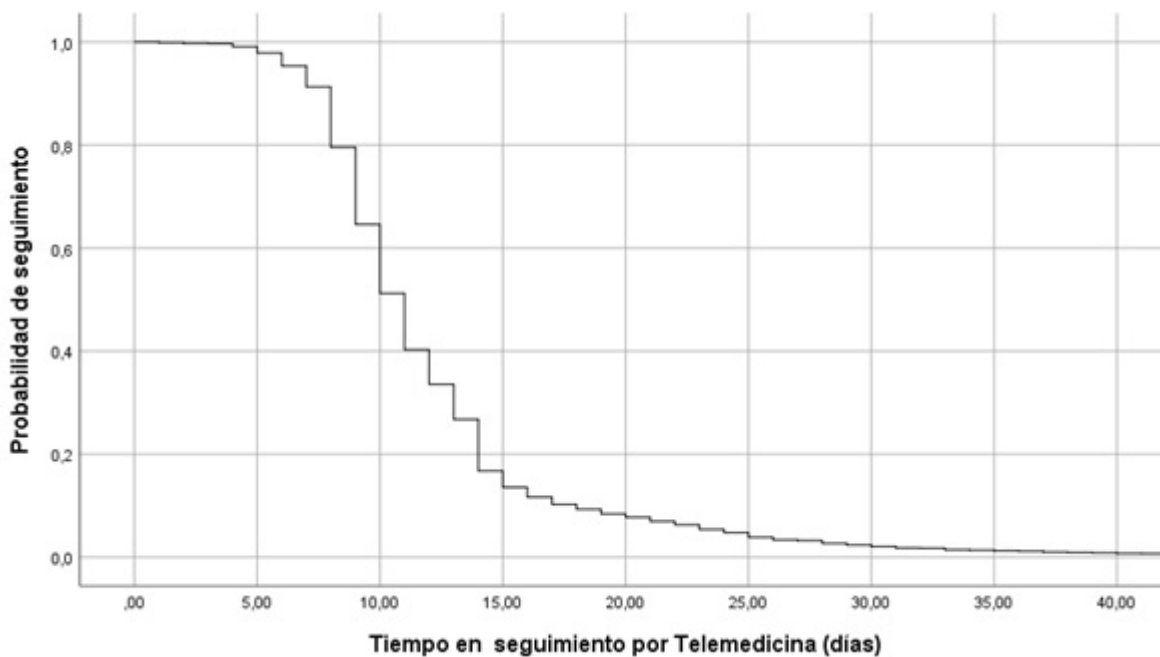
| | | | | | |
|--|----------------|----------------------------|----------------------|-----------------------------|--|
| Rango | | | | 15-99 | |
| Grupos de edad | | | | | |
| 18-40 | | | | 92 (7,7%) | |
| 41-50 | | | | 120 (10,1%) | |
| 51-60 | | | | 194 (16,3%) | |
| 61-70 | | | | 285 (24,1%) | |
| 71-80 | | | | 279 (23,5%) | |
| 81-90 | | | | 182 (15,4%) | |
| ≥ 91 | | | | 35 (2,9%) | |
| Tiempo inicio síntomas-inicio telemedicina : media; DS | | | | 1,9; 2,9 días | |
| Hipertensión arterial | | | | 658 (55,5%) | |
| Diabetes mellitus | | | | 266 (22,4%) | |
| Obesidad (IMC > 33) | | | | 178 (15%) | |
| Arritmia cardíaca | | | | 92 (7,8%) | |
| Inmunodepresión | | | | 82 (6,9%) | |
| Neoplasia no hematológica | | | | 76 (6,4%) | |
| Cardiopatía isquémica | | | | 68 (5,7%) | |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | | | | 58 (4,9%) | |
| Asma | | | | 56 (4,7%) | |
| Insuficiencia cardíaca | | | | 36 (3%) | |
| Enfermedad renal crónica | | | | 26 (2,2%) | |
| Enfermedad hepática crónica | | | | 21 (1,8%) | |
| Enfermedad hematológica | | | | 16 (1,3%) | |
| Embarazo | | | | 14 (1,2%) | |
| | Casos | Primera visita a urgencias | Ingreso hospitalario | Estancia en días (media-DE) | Fallecimiento durante la hospitalización |
| ASLAM | 4.384 (9,3%) | 552 (12,59%) | 262 (47,46%) | 8,16 (6,31) | 30 (11,45%) |
| Resto de Galicia | 42.669 (90,7%) | 5.827 (13,65%) | 3.095 (53,11%) | 10,48 (7,99) | 511 (16,51%) |
| p | | 0,05 | 0,001 | 0,0001 | 0,03 |





| | A | B | C | D |
|---|---------------|----------------|---------------|--------------|
| Casos totales | 242 | 484 | 198 | 263 |
| Acudieron a urgencias | 84 (34,7%) | 176 (36,4%) | 31 (15,6%) | 16 (6,1%) |
| Hospitalizados del total de cada grupo | 45 (18,6%) | 123 (25,4%) | 12 (6,1%) | 4 (1,5%) |
| Hospitalizados de entre los que acudieron a urgencias | 45 (53,6%) | 123 (69,9%) | 12 (38,7%) | 4 (25%) |

| |
|---------------|
| 3197 |
| 227 (7,1%) |
| 65 (2%) |
| 65 (28,6%) |



Conclusiones: Estos datos sugieren que en pacientes con COVID-19 una organización asistencial que integra control domiciliario proactivo con telemedicina y telemonitorización se asocia a la reducción de la presión hospitalaria y a una menor mortalidad.

Bibliografía

1. Martínez-García M, Bal-Alvarado M, Santos Guerra F, Ares-Rico R, Suárez-Gil R, Rodríguez-Álvarez A, et al.; en nombre del Equipo de Seguimiento Compartido TELEA-COVID Lugo; Equipo TELEA COVID-19 (Lugo). Monitoring of COVID-19 patients by telemedicine with telemonitoring. *Rev Clin Esp.* 2020;220(8):472-9.
2. O'Keefe JB, Tong EJ, O'Keefe GD, Tong DC. Description of symptom course in a telemedicine monitoring clinic for acute symptomatic COVID-19: a retrospective cohort study. *BMJ Open.* 2021;11(3):e044154.
3. O'Keefe JB, Tong EJ, Taylor TH Jr, O'Keefe GAD, Tong DC. Use of a Telemedicine Risk Assessment Tool to Predict the Risk of Hospitalization of 496 Outpatients with COVID-19: Retrospective Analysis. *JMIR Public Health Surveill.* 2021 Feb 26. doi: 10.2196/25075.
4. Instituto Nacional de Estadística. Cifras oficiales de población. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2853>. Consultado el 10 de abril de 2021.
5. Batsis JA, DiMilia PR, Seo LM, Fortuna KL, Kennedy MA, Blunt HB, et al. Effectiveness of ambulatory telemedicine care in older adults: A systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67:1737-49.
6. Young JD, Abdel-Massih R, Herchline T, McCurdy L, MoyerKJ, Scott JD, et al. Infectious Diseases Society of America Position Statement on telehealth and telemedicine as applied to the practice of infectious diseases. *Clin Infect Dis.* 2019;68:1437-43.