Rev Clin Esp. 2021;222(Espec Congr 2):833

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

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 Alvaredo, 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.

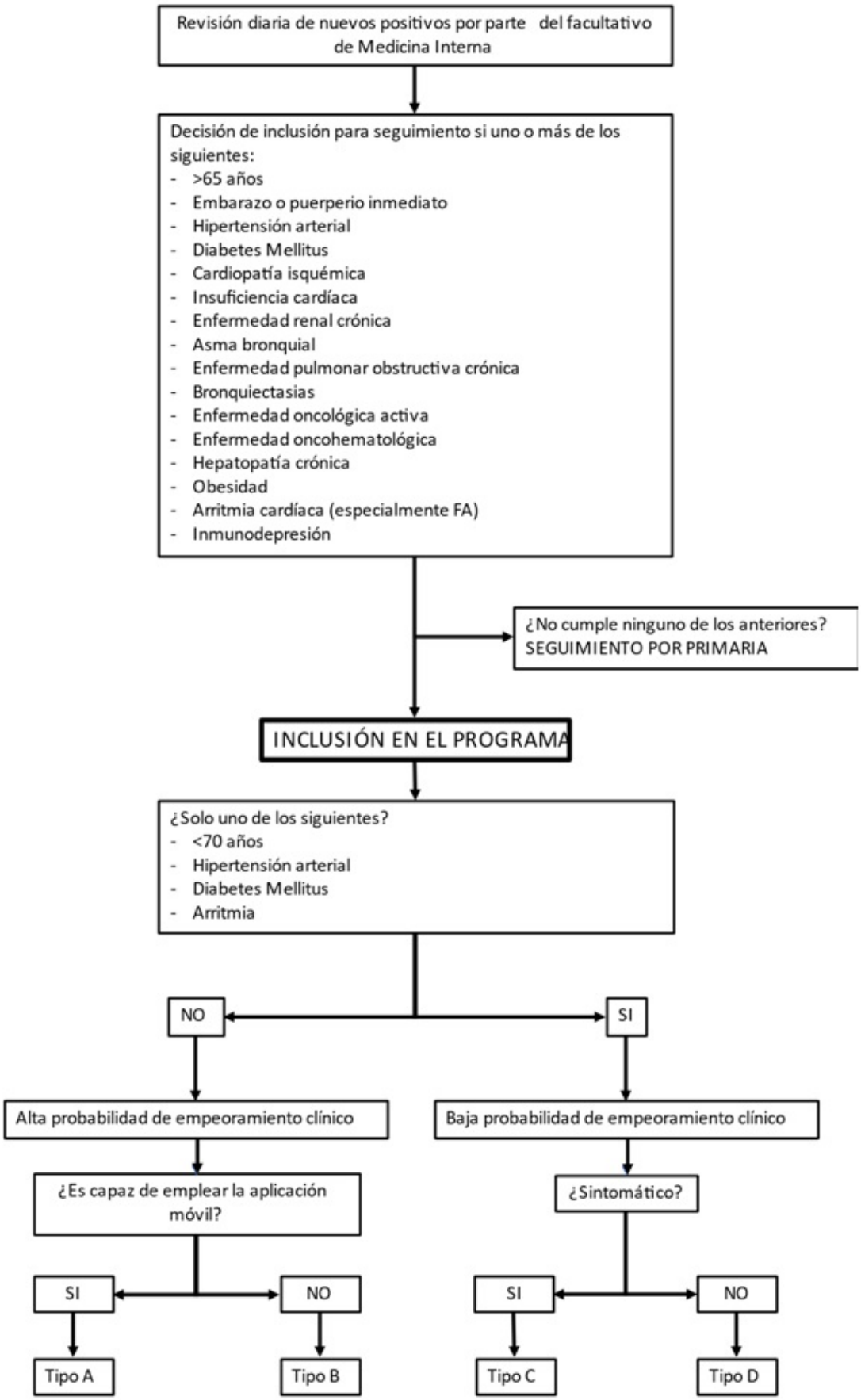
Resultados: En Galicia, en dicho período, se diagnosticaron 47.053 pacientes, 4.384 (9,3%) en el ASLAM. De ellos 1.187 (27,1%) se siguieron con TELEA y los restantes (3197 en el ASLAM y 42.669 en el resto de Galicia) por otros métodos. Aunque los pacientes seguidos por TELEA fueron de mayor edad, acudieron 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.

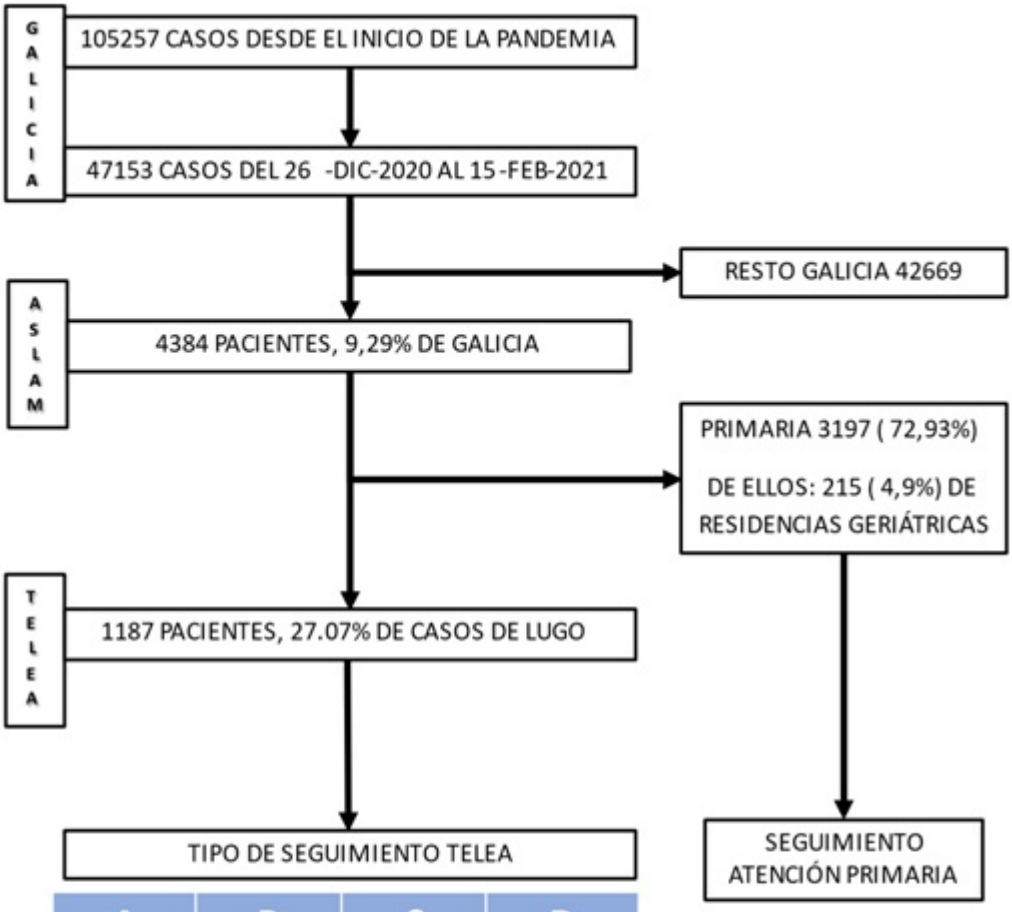
	Primer contacto telefónico con el paciente				
	Identificación y presentación				
	Justificación de la llamada				
	Explicar seguimiento				
	Determinar tipo de seguimiento en base encuesta de evolución clínica, características del paciente y riesgo de probabilidad				
	Trasladar al facultativo incidencias 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		Contacto telefónico con el paciente todos los días 08 y 20h	Contacto telefónico con el paciente días alternos	El paciente comunicará a la enfermera cualquier cambio de su situación clínica
	Revisar encuesta sintomática 1º hora del día		Realizar encuesta sintomática	Realizar encuesta sintomática y C/Tª	
	Contacto telefónico con el paciente una vez al día		C/Tª y Saturación de O2	Contacto telefónico con el paciente días alternos	
	Trasladar incidencias al facultativo si fuese necesario				
Acciones del paciente	Control de biomedidas (Tª y Sat.O2) 08-09h, 14-15h, 19-20h		Control de biomedidas (Tª y Sat.O2)	Control de Tª c/8 h	Control de Tª c/8 h
	Cubrir encuesta sintomática (08-09h)				
	Introducir datos de biomedidas en App Telea				
Acciones del facultativo	Comunicar al equipo de enfermería de teleseguimiento signos y síntomas de alarma				
	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

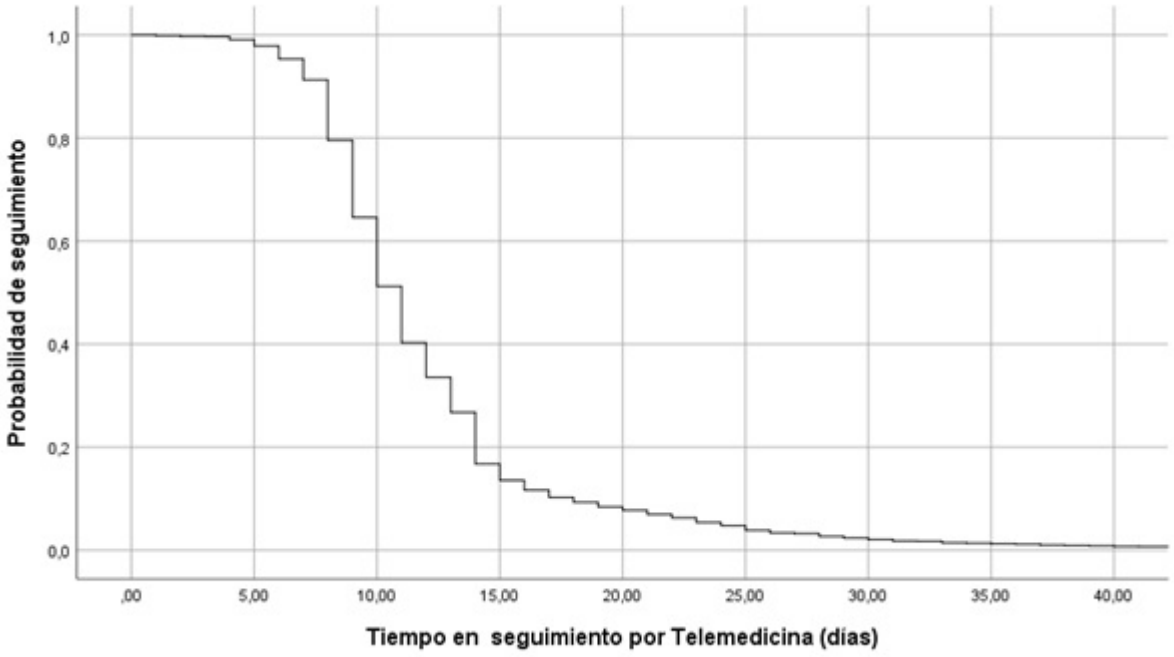
Rango	15-99
Grupos de edad	
18-40	92 (7,7%)
41-50	120 (10,1%)
51-60	194 (16,3%)
61-70	285 (24,1%)
71-80	279 (23,5%)
81-90	182 (15,4%)
≥ 91	35 (2,9%)
Tiempo inicio síntomas-inicio telemedicina : media; DS	1,9; 2,9 días
Hipertensión arterial	658 (55,5%)
Diabetes mellitus	266 (22,4%)
Obesidad (IMC > 33)	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


Revisión diaria de nuevos positivos por parte del facultativo de Medicina Interna
Decisión de inclusión para seguimiento si uno o más de los siguientes:
- >65 años
- Embarazo o puerperio inmediato
- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Cardiopatía isquémica
- Insuficiencia cardíaca
- Enfermedad renal crónica
- Asma bronquial
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Bronquiectasias
- Enfermedad oncológica activa
- Enfermedad oncohematológica
- Hepatopatía crónica
- Obesidad
- Arritmia cardíaca (especialmente FA)
- Inmunodepresión
¿No cumple ninguno de los anteriores? SEGUIMIENTO POR PRIMARIA
INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA
¿Solo uno de los siguientes?
- <70 años
- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Arritmia
NO
SI
Alta probabilidad de empeoramiento clínico
Baja probabilidad de empeoramiento clínico
¿Es capaz de emplear la aplicación móvil?
¿Sintomático?
SI
NO
SI
NO
Tipo A
Tipo B
Tipo C
Tipo D



	A	B	C	D	
Casos totales	242	484	198	263	3197
Acudieron a urgencias	84 (34,7%)	176 (36,4%)	31 (15,6%)	16 (6,1%)	227 (7,1%)
Hospitalizados del total de cada grupo	45 (18,6%)	123 (25,4%)	12 (6,1%)	4 (1,5%)	65 (2%)
Hospitalizados de entre los que acudieron a urgencias	45 (53,6%)	123 (69,9%)	12 (38,7%)	4 (25%)	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.

0014-2565 / © 2021, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.