

Teletriage: piloto para evaluar eficacia, impacto y seguridad

María Florencia Grande Ratti y Santiago Andrés Frid

Frid AS, Ratti MFG, Pedretti A, Valinoti M, Martínez B, Sommer J, Luna D, Plazzotta F. Teletriage Pilot Study (Strategy for Unscheduled Teleconsultations): Results, Patient Acceptance and Satisfaction. *Stud Health Technol Inform.* 2020; 270:776-780.

COMENTARIO

Durante el año 2018, el Programa de Telemedicina del Hospital Italiano de Buenos Aires, gestionado por el Departamento de Informática en Salud, facilitó la implementación del Programa de Atención Virtual para la atención no programada de infecciones respiratorias altas (denominado “Telegripe”), en colaboración conjunta con la Central de Emergencias de Adultos (CEA) y el Área de Investigación en Medicina Interna de Clínica Médica¹. Este surgió como herramienta innovadora que permitió brindar servicio de atención médica a distancia y con conexión sincrónica por videoconferencias, representando una estrategia gerencial útil para descentralizar las consultas de baja complejidad, que producen un gran impacto en el sistema de salud durante el brote estacional².

Mientras el paciente se conecta a través del Portal Personal de Salud (PoPeS), los médicos lo hacen a través de la Historia Clínica Electrónica (HCE), asegurando la disponibilidad de la información clínica contextual³. Mediante este esquema se establece una comunicación segura y privada entre el profesional de la salud y el paciente⁴. Este sistema permite optimizar los resultados y maximizar la seguridad de la teleconsulta en el marco de un sistema de información integrado, garantizando la correcta documentación –entendida como la evolución correspondiente al acto médico– en la HCE, repositorio imprescindible en cuanto al aspecto normativo y regulatorio⁵. Los resultados exitosos durante esta primera experiencia nos hicieron pensar que los usuarios están dispuestos a utilizar nuevas estrategias alternativas de atención y a evitar traslados potencialmente innecesarios.

En este contexto, surgió el Programa de Teletriage, cuyo piloto se implementó entre enero y mayo de 2019 con la

intención primaria de brindar atención médica de demanda espontánea mediante una teleconsulta sincrónica por videoconferencia, ampliando el servicio –en esta nueva oportunidad– a cualquier motivo de consulta no urgente. Sin embargo, esta prestación también fue restringida a pacientes afiliados a la prepaga institucional (solo Plan de Salud) debido a barreras administrativas y de facturación con otras coberturas. El estudio representó una experiencia en pequeña escala desarrollado para explorar la seguridad (en términos de tasa de reconsultas a la CEA y tasa de hospitalización durante un período de seguimiento de 7 días posteriores), informar la aceptación y la satisfacción de los usuarios, capacitar a los profesionales, evaluar la factibilidad y los costos, y mejorar los obstáculos principales (como resultaron ser la infraestructura necesaria inicial y los problemas de conectividad).

Este nuevo sistema de atención virtual entró en vigencia el 18/01/2019, originalmente disponible en forma restringida a los días hábiles de lunes a viernes entre las 16 y las 20 horas, decisión explicada por viabilidad, debido a la reestructuración de recursos humanos requeridos, y la consecuente redistribución de funciones de la dotación del personal de salud disponible en la CEA. Hubo un total de 476 registros de conexiones durante la ventana temporal de 90 días a los fines del corte transversal, aunque 276 fueron las teleconsultas efectivas, que corresponden a 241 pacientes, con edad media de 50 años⁶. Los motivos de consulta más frecuentes resultaron: 29,34% administrativo (p. ej., recetas o duplicados de medicación, órdenes de vacunas, resultados de estudios, información médica para preparación de estudios complementarios), 18,11% problemas del aparato respiratorio (infecciones respiratorias altas) y 17,75% cuadros infecciosos de manejo ambulatorio (como cistitis, fiebre, foliculitis), entre otros. Solo a 4 pacientes (1,44%) se les sugirió una derivación presencial durante la teleconsulta por necesidad de examen físico complementario. A los 7 días de seguimiento, la tasa de reconsulta a la CEA fue de 18,47% (51) y la tasa de hospitalizaciones fue del 0,72% (2), ambos pacientes por motivo relacionado con la consulta inicial y de buena evolución clínica con alta

Recibido: 27/7/20

Aceptado: 29/7/20

Área de Investigación en Medicina Interna. Central de Emergencias de Adultos. Clínica Médica (M.F.G.R.). Departamento de Informática en Salud (S.A.F.). Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina

Correspondencia: maria.grande@hospitalitaliano.org.ar

hospitalaria. Se constataron elevadas tasas de satisfacción (el 72% de los pacientes mencionaron estar satisfechos con el uso del sistema) y de aceptabilidad (el 66% indicaron que hubiesen buscado atención presencial de no existir el canal virtual), mediante la aplicación de un cuestionario autoadministrado recientemente validado⁷.

Esta investigación inicial nos permitió concluir que el nuevo canal de comunicación podría ser una estrategia útil y segura para reducir las consultas presenciales no urgentes de la CEA y descentralizar la atención hospitalaria de la sede central (que atiende un promedio de 500 consultas diarias, la mayoría en su área de menor complejidad). En efecto, representó el estudio previo de gran relevancia clínica que antecedió a la imperiosa necesidad de un proyecto de rendimiento a gran escala, tal como nos obligó a generar e implementar la pandemia de COVID-19 sin precedentes.

Ante el contexto actual argentino y una medida excepcional del Gobierno Nacional como el Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU 260/2020), debimos replantear los modelos asistenciales vigentes para permitir el cumplimiento del distanciamiento social y evitar el colapso de los servicios sanitarios, garantizando al mismo tiempo la continuidad del cuidado de los pacientes. La capacidad de respuesta del sistema de salud puede ser tensionada por la

llegada masiva de pacientes que soliciten atención médica. Ante este escenario potencialmente catastrófico se debió planificar o reestructurar la organización del sistema y la CEA para garantizar la gestión integral de la respuesta^{8,9}, el funcionamiento de los mecanismos de coordinación, el manejo integrado de la información, las capacidades logísticas y los recursos necesarios para su ejecución.

En este marco, las plataformas de telemedicina registraron un crecimiento exponencial y gran parte de la atención ambulatoria del hospital también pasó a ser canalizada a través de esta herramienta. Las experiencias previas, las lecciones aprendidas y la correcta utilización de la telemedicina nos permitieron: 1) ampliar el programa teletriage sin restricciones y hacerlo disponible de 08:00 a 00:00 horas los 7 días de la semana, facilitando una categorización eficaz de los pacientes mediante una teleconsulta, que evita su desplazamiento innecesario y, de esa manera, en este particular escenario, protege no solo al paciente en sí mismo, sino al personal sanitario y a la comunidad en general de la exposición al virus; 2) facilitar teleconsultas de seguimiento de un paciente confirmado leve de manejo domiciliario (y eventual telemonitoreo, con la medición de uno o más parámetros vitales como temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria o saturación de oxígeno)¹⁰.

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

REFERENCIAS

1. Frid SA, Grande Ratti MF, Pedretti A, et al. Telemedicine for Upper Respiratory Tract Infections During 2018 Epidemiological Outbreak in South America. *Stud Health Technol Inform.* 2019; 264:586-90.
2. 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.
3. Smith MI, García G, Simon M, et al. Lessons Learned After Redesigning a Personal Health Record. *Stud Health Technol Inform.* 2017; 245:216-20.
4. Alassia LN, Benítez S, Luna DR, et al. Validating the Access to an Electronic Health Record: Classification and Content Analysis of Access Logs. *Stud Health Technol Inform.* 2015; 216:3-6.
5. Campos F, Plazzotta F, Luna D, et al. Developing and implementing an interoperable document-based electronic health record. *Stud Health Technol Inform.* 2013; 192:1169.
6. Frid AS, Grande Ratti MF, Pedretti A, et al. Teletriage Pilot Study (Strategy for Unscheduled Teleconsultations): Results, Patient Acceptance and Satisfaction. *Stud Health Technol Inform.* 2020; 270:77680.
7. Torre AC, Bibiloni N, Sommer J, et al. Spanish translation and transcultural adaptation of a questionnaire on telemedicine usability. *Medicina.* 2020; 80(2):134-7.
8. Silvagni E, Cipriani MS, Valenti I. How to organize an emergency department during the COVID-19 pandemic. *J Popul Ther Clin Pharmacol.* 2020;27(S Pt 1):e11-3.
9. Quah LJJ, Tan BKK, Fua T-P, et al. Reorganising the emergency department to manage the COVID-19 outbreak. *Int J Emerg Med.* 2020; 13(1):32.
10. Martínez-García M, Bal-Alvarado M, Santos Guerra F, et al. Tracing of COVID-19 patients by telemedicine with telemonitoring [Telemedicina con telemonitorización en el seguimiento de pacientes con COVID-19]. *Rev Clin Esp (Barc).* 2020;doi:10.1016/j.rceng.2020.07.001