

La consulta especializada durante la epidemia

The specialized consultation during the epidemic

García Moreno JL, Gómez Menchero J, Durán Ferreras I

Hospital General Básico de Riotinto. Minas de Riotinto, Huelva.

El SARS-COV-2 es un virus de la familia *Coronaviridae* que fue identificado por primera vez en diciembre de 2019 en la provincia China de Hubei. A pesar de haberse reconocido precozmente su potencial pandémico y de los esfuerzos para su contención, a día 6 de abril se han declarado casos en 139 países, con más de 1.200.000 diagnósticos notificados en el mundo y más de 70.000 muertes directamente asociadas a la infección producida por el virus COVID-19.

Actualmente se estima que aproximadamente el 15% de los afectados presentará una enfermedad severa que requerirá hospitalización, y un 5% adicional precisará ingreso en una unidad de cuidados intensivos¹, lo que ha llevado a una situación de sobrecarga de los sistemas sanitarios en multitud de países, en los que se han volcado un elevado porcentaje de recursos en la lucha contra el virus en detrimento de los procesos asistenciales que habitualmente se vienen realizando para la preservación de la salud de la población.

Para una adecuada gestión que permita optimizar al máximo las capacidades del sistema sanitario en escenarios de crisis es fundamental que los organismos gubernamentales y las instituciones sanitarias estén preparados para reconocer precozmente y actuar ante una situación que puede evolucionar rápidamente, y en la que la disponibilidad de personal y recursos puede cambiar día a día.

Los objetivos a conseguir desde las consultas externas durante la epidemia deben ir encaminadas a minimizar la transmisión del SARS-COV-2 en las instalaciones, evitar el contagio del personal sanitario y maximizar la capacidad de funcionamiento de la consulta respetando los dos aspectos anteriores². Este último punto es especialmente sensible dado que la demora indiscriminada de las consultas externas generaría una presión asistencial y un aumento de la morbilidad inherente al retraso de la atención especializada que podría alargarse durante meses tras el control de la epidemia.

Para minimizar la transmisión del SARS-COV-2 en las instalaciones sanitarias es fundamental adherirse a las estrategias de mitigación establecidas en la comunidad, es decir, disminuir al máximo el flujo de pacientes y acompañantes al hospital. Para lograr este objetivo, el primer paso consiste en instaurar un mecanismo de cribado de la consulta³ en el que se clasificarán a los pacientes en una de estas tres categorías:

CORRESPONDENCIA

Joaquín Luis García Moreno
Hospital General Básico de Riotinto
21660 Minas de Riotinto (Huelva)
joaquinluisgarcia@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

García Moreno JL, Gómez Menchero J, Durán Ferreras I. La consulta especializada durante la epidemia. *Cir Andal*. 2020;31(2):122-24.

- Pacientes que precisan una interacción cara a cara con el médico por patología no demorable, que serían candidatos a valoración en la consulta durante la epidemia.

- Pacientes que no requieren una interacción cara a cara, y que podrían beneficiarse de estrategias de telemedicina.

- Pacientes que precisan una interacción cara a cara por patología demorable, cuya valoración en consultas deberá ser demorada tras la mitigación de la epidemia.

Para los pacientes que requieran una valoración en consultas no demorable, se establecerá un segundo filtro en el deberán ser contactados el día antes de la consulta, para verificar que no presenten patología respiratoria ni hayan estado en contacto estrecho con un caso confirmado de coronavirus en las dos últimas semanas. En caso de darse alguna de las circunstancias se demorará la consulta hasta que se pueda efectuar la asistencia de modo seguro para el personal sanitario⁴.

El paciente deberá entrar en las instalaciones sanitarias solo, o a lo sumo con un acompañante. A su entrada en el centro deberá preguntarse nuevamente al paciente y acompañante por la ausencia de sintomatología y contactos de riesgo. En caso de disponibilidad se le suministrará una mascarilla desechable en caso de no la lleven. Asimismo, deberá aumentarse el tiempo entre paciente y paciente para evitar en lo posible que estos coincidan en la sala de espera.

Con respecto a la protección del personal sanitario, es fundamental exigir a los centros sanitarios la existencia de un protocolo asistencial pormenorizado para escenarios de crisis así como los recursos necesarios para proteger al personal. También se debe requerir a todo el personal sanitario el conocimiento detallado de este protocolo y de las medidas de protección personal, para lo cual se debe dotar a los profesionales de herramientas educativas (cursos, sesiones, etc.) de obligado cumplimiento, en la que los sanitarios participen activamente para asegurar un proceso de aprendizaje activo⁵.

En el caso específico de la consulta de cirugía, esta debe encontrarse en un lugar bien ventilado, y deberá aumentarse la distancia con el paciente, limitando el contacto a la exploración física (la cual se realizará con guantes desechables). El personal sanitario deberá extremar las precauciones de higiene de manos, y es altamente recomendable la utilización de protección respiratoria (mascarilla quirúrgica), medida que será obligatoria en caso de detectar que el paciente presenta patología respiratoria, en consultas sin adecuada ventilación o áreas con alta prevalencia de COVID-19⁶ (utilizar en estos casos mascarillas FFP2).

Aparte de las medidas de higiene y limpieza de la consulta, el personal deberá ser consciente de los "hot spots", puntos de máximo contacto de las consultas (pomos de la puerta, mesa, teclado, ratón, teléfono, etc.) en los que se extremarán las medidas de protección e higiene.

La rápida expansión del SARS-COV-2 y el hecho de que las instalaciones sanitarias puedan ser un foco de contagio ha generado un intenso debate para definir modelos de atención sanitaria que eviten la interacción cara a cara entre médico-paciente y la aglomeración de pacientes en los espacios comunes de hospitales y centros de salud².

La telemedicina en la situación actual puede tener un papel relevante en un porcentaje significativo de consultas tales como valoración inicial de determinados casos, revisiones en las que se pueda obviar la exploración física, entrega de resultados, petición de pruebas complementarias y renovación de medicación². La telemedicina permite la prestación de asistencia sanitaria de manera remota utilizando herramientas telemáticas tales como el teléfono o la videoconferencia⁷. Este modelo de asistencia lleva años establecido en varios países tales como Estados Unidos, Reino Unido o Australia como parte de sus políticas de salud pública^{7,8}, especialmente para la integración de la asistencia sanitaria especializada en zonas remotas en pacientes con patologías crónicas. Los estudios prospectivos realizados evaluando la utilidad de la videoconferencia para la atención especializada han demostrado equivalencia respecto a la interacción cara a cara con el paciente en términos de seguridad clínica y satisfacción del paciente^{9,10}. Un beneficio adicional de la telemedicina es que permite reubicar al personal sanitario con mayor edad y comorbilidades a este modelo de asistencia, protegiéndolo del riesgo de contagio asociado a la interacción con los pacientes sin por ello apartarlo del ejercicio su labor asistencial.

El principal problema que se ha descrito para la implantación de un sistema de asistencia telemática (idealmente mediante videoconferencia) es la propia resistencia al cambio por parte del personal sanitario y pacientes, debido que este nuevo modelo de asistencia obliga a cambiar dinámicas de trabajo establecidas desde hace años². También se ha descrito el efecto de "barrera tecnológica" relacionado con la falta de recursos o conocimientos por parte de algunos pacientes para poder recibir la atención sanitaria. Esta barrera se puede soliviantar en la mayoría de las ocasiones utilizando una tecnología más accesible en casos concretos (teléfono en lugar de videoconferencia), o utilizando un "gancho tecnológico", es decir, la ayuda de una persona de su entorno que pueda ayudar al paciente a conectarse al recurso y asistirlo durante la consulta.

La prestación de la telemedicina debe articular un mecanismo de citación a los pacientes en el que se especifique no solo el día y la hora de la consulta, sino también una explicación clara y concisa de cómo acceder a la cita.

Como limitaciones de la telemedicina, hay casos en los que la exploración física, y por tanto la interacción directa con el paciente son insustituibles. Por otro lado, no debemos dejar de lado la existencia de consideraciones éticas a tener en cuenta al revelar información de especial sensibilidad para el paciente, como por ejemplo al comunicar un diagnóstico de cáncer, en los que la telemedicina puede ser percibida como un obstáculo para la relación médico-paciente, siendo recomendable en estos casos una interacción cara a cara con el paciente⁴.

En conclusión, para ajustar la labor asistencial en la consulta especializada a la situación actual, se debe realizar un esfuerzo para articular estrategias que permitan disminuir la transmisión del SARS-COV-2 en las instalaciones, evitar el contagio del personal sanitario y maximizar la capacidad de funcionamiento de la consulta. La telemedicina se convierte en este escenario en una herramienta de gran valor que puede permitir el mantenimiento de gran parte de la actividad asistencial de manera segura y eficaz, evitando de esta manera una demora indiscriminada de las consultas que afectaría negativamente a la salud de nuestra población.

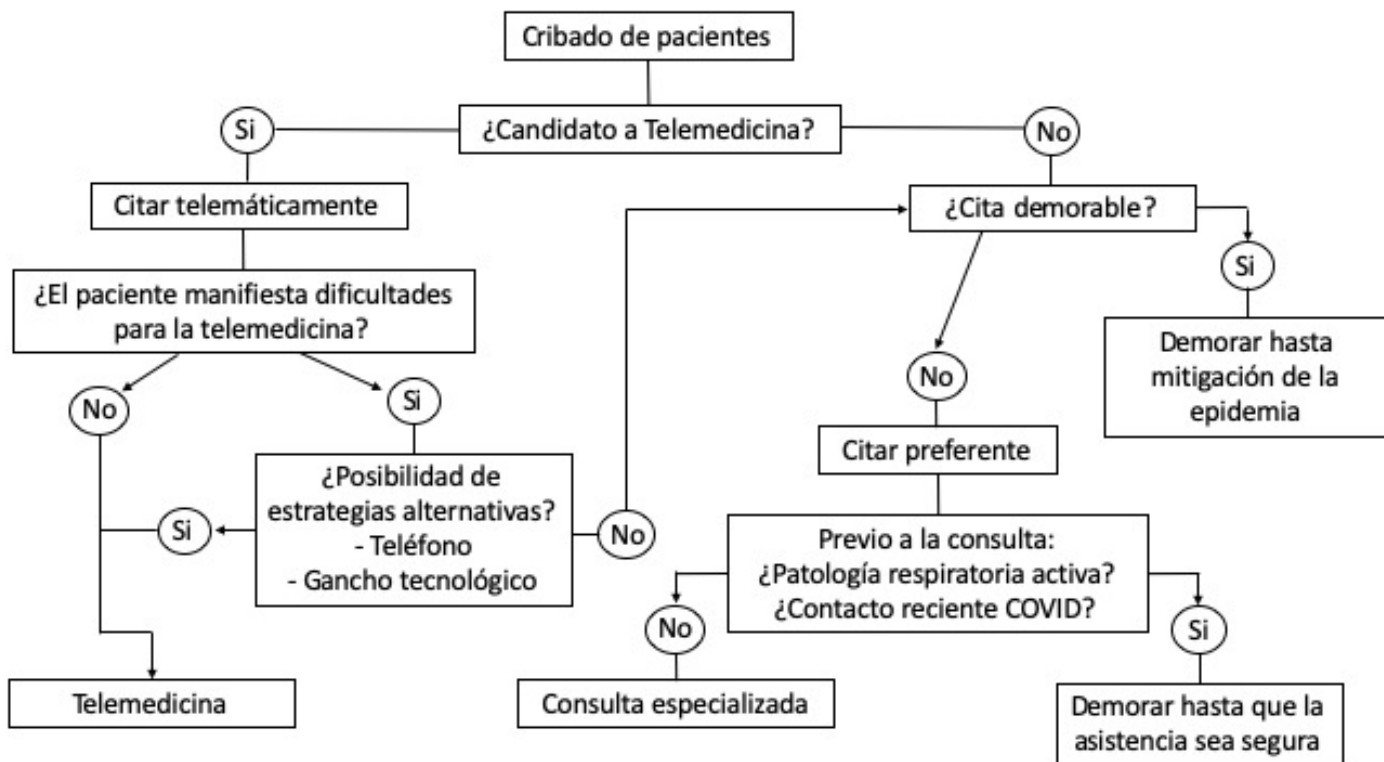


Figura 1 Algoritmo de manejo de la consulta especializada durante la epidemia.

BIBLIOGRAFÍA

- Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China [published online ahead of print, 2020 Feb 28]. N Engl J Med.
- Greenhalgh T, Wherton J, Shaw S, Morrison C. Video consultations for covid-19. BMJ. 2020;368:m998.
- Connor MJ, Winkler M, Miah S. COVID-19 Pandemic - Is Virtual Urology Clinic the answer to keeping the cancer pathway moving? [published online ahead of print, 2020 Mar 30]. BJU Int.
- Lisi G, Campanelli M, Spoletoni D, Carlini M. The possible impact of COVID-19 on colorectal surgery in Italy [published online ahead of print, 2020 Mar 30]. Colorectal Dis.
- Liang T (Ed.). (2020). Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment: The First Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine (FAHZU).
- Recomendaciones generales de actuación y organización básica a servicios de cirugía en zonas con alta afectación por la pandemia por COVID-19. Asociación española de cirujanos, Marzo 2020.
- Hollander JE, Carr BG. Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19 [published online ahead of print, 2020 Mar 11]. N Engl J Med.
- Donaghy E, Atherton H, Hammersley V, et al. Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. Br J Gen Pract. 2019;69(686):e586–e594.
- Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2015(9):CD002098.
- Miah S, Dunford C, Edison M, et al. A prospective clinical, cost and environmental analysis of a clinician-led virtual urology clinic. Ann R Coll Surg Engl. 2019;101(1):30–34.