



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



REVISIÓN DE CONJUNTO

Cómo la pandemia por COVID-19 ha cambiado la forma de atender a las pacientes en una unidad de uroginecología



S. Escura Sancho, C. Ros Cerro*, S. Anglès-Acedo, E. Bataller Sánchez y M. Espuña-Pons

Unidad de Suelo Pélvico, ICGON, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 22 de junio de 2020; aceptado el 23 de junio de 2020

Disponible en Internet el 28 de junio de 2020

PALABRAS CLAVE

COVID-19;
Uroginecología;
Unidad de suelo
pélvico;
Telemedicina;
Disfunción de suelo
pélvico;
Atención al paciente

Resumen La actual pandemia ocasionada por el SARS-coronavirus tipo 2 ha generado, en pocas semanas, cambios importantes en el funcionamiento del sistema sanitario y la forma en cómo se realiza la atención a las pacientes. La patología uroginecológica afecta a la calidad de vida, pero sin riesgo vital en la mayoría de casos, por lo que suele ser demorable. Además, afecta a un alto porcentaje de mujeres > 65 años (población de riesgo ante la infección por COVID-19). En este manuscrito se resume la evidencia que existe sobre la efectividad de la telemedicina aplicada en las disfunciones de suelo pélvico, así como recomendaciones de las sociedades científicas uroginecológicas durante el estado de alarma. Describimos el abordaje de las disfunciones de suelo pélvico durante la pandemia por COVID-19 y una propuesta de cómo organizar las agendas para el diagnóstico (visitas y pruebas diagnósticas) y tratamiento (conservador, farmacológico y la cirugía) en el período interpandemia y en el futuro.

© 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U.

KEYWORDS

COVID-19;
Urogynaecology;
Pelvic floor unit;
Telemedicine;
Pelvic floor
dysfunction;
Patient attention

How did COVID-19 pandemic change the way we attend the patients in an urogynaecological unit

Abstract The current SARS-coronavirus type 2 pandemic caused, in few weeks, important changes in the health system organization and in the way we attend the patients. Urogynaecological diseases affect quality of life, but without life risk in most cases, so it is possible to delay. Moreover, urogynaecological diseases affect mostly women over 65 years old (a high risk population for contracting COVID-19). In this manuscript we summarise the current evidence about telemedicine efectivity to manage to pelvic floor dysfunctions and, in addition,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cros@clinic.cat (C. Ros Cerro).

the recommendations of Urogynaecological scientific societies during state of alarm. We describe the management of the different pelvic floor dysfunctions during COVID-19 pandemic and a proposal to organize the urogynaecological services to diagnose (visits and diagnostic investigations) and to treat (conservative, pharmacological or surgery) in the interpandemic period and in the future.

© 2020 Published by Elsevier España, S.L.U.

Introducción

La actual pandemia ocasionada por el SARS-coronavirus tipo 2 (COVID-19) ha generado, en pocas semanas, cambios importantes en el funcionamiento del sistema sanitario y la forma en cómo se realiza la atención a las pacientes, así como en la organización de las diversas actividades asistenciales. En el caso de las unidades de suelo pélvico, en una semana pasamos de tener consultas externas presenciales en prácticamente el 100% de los casos, a realizar visitas telemáticas en casi el 90% de las mismas; y de tener las pruebas diagnósticas y el tratamiento conservador y quirúrgico funcionando a pleno rendimiento, a posponer estudios funcionales, ecografías, tratamientos fisioterapéuticos y cirugías uroginecológicas.

Esta situación generó, de entrada, una sensación de incertidumbre a los profesionales sanitarios, necesitando reflexionar, analizar y evaluar si con este tipo de atención a la paciente, con claro predominio telemático, se estaba ofreciendo la misma calidad asistencial médica a las pacientes que la dispensada antes de la pandemia¹. Sin embargo, el compromiso de los profesionales sanitarios con los pacientes, y la voluntad de no rendirse y de mejorar día a día, ha hecho que, en un período de tiempo corto, se hayan puesto en marcha una serie de medidas para disminuir las visitas presenciales, incorporando la telemedicina en nuestra práctica clínica para conectar a médico y paciente. Esto se ha hecho manteniendo y fortaleciendo la relación entre ambos, pero con la distancia física que se requiere en momentos en los cuales, al no haber vacuna ni tratamiento preventivo para la infección por coronavirus, el distanciamiento social es clave².

El cambio del tipo de visita presencial a telemática ha supuesto un gran trabajo de reclasificación de las pacientes para perfilar bien aquellas que se pueden beneficiar de la telemedicina, y diferenciarlas de otras que, por sus características, precisarán una visita médica presencial que puede ir asociada o no a pruebas diagnósticas. El tipo de patología de la paciente, así como los síntomas que refiere detectados en la visita telemática, son las herramientas que nos permiten determinar el plazo aconsejable para programar esta visita presencial, con mayor o menor urgencia.

Tras poner en marcha todos estos cambios en las diferentes áreas de la unidad de suelo pélvico, es necesario analizar el resultado: la colección y posterior análisis y observación de los datos en cuanto a la resolución de los problemas y, sobre todo, el *feedback* recibido de las pacientes, nos han enseñado que una parte importante de la actividad que se

realizaba presencialmente se puede realizar de forma telemática manteniendo la calidad y beneficio para la paciente. Sobre la base de estas observaciones, nos planteamos modificar la práctica clínica habitual guiándola hacia un futuro en el que la telemedicina tendrá una mayor presencia. La eficiencia y la satisfacción de las pacientes deberán ser, posteriormente, evaluadas desde una perspectiva más científica.

El objetivo del presente documento es resumir la evidencia que existe sobre la efectividad de la telemedicina aplicada en las disfunciones de suelo pélvico, así como las opiniones de expertos publicadas por las sociedades científicas durante el estado de alarma en España (desde el 15 de marzo del 2020). Describiremos, inicialmente, el abordaje de las disfunciones de suelo pélvico durante la pandemia por COVID-19. En segundo lugar, una propuesta de cómo organizar las agendas de visitas y el tratamiento conservador, así como la actividad quirúrgica en el período interpandemia y en el futuro.

Abordaje de las disfunciones de suelo pélvico durante la pandemia por COVID-19

Las disfunciones de suelo pélvico incluyen las disfunciones miccionales, como la incontinencia urinaria (IU) de esfuerzo y/o urgencia, y la disfunción de vaciado; el prolapso de órganos pélvicos (POP); la incontinencia anal (IA); las infecciones urinarias del tracto urinario inferior (ITUi); y otras disfunciones asociadas, como las sexuales y el dolor pélvico.

Las pruebas diagnósticas de las disfunciones de suelo pélvico (estudios urodinámicos, cistoscopias y ecografías transvaginales, transperineales y/o transanales) se consideran pruebas invasivas que requieren el uso de sondas urinarias y rectales, y generan gran cantidad de fómites. Además, parte del tratamiento conservador (electroestimulación, neuroestimulación del tibial posterior) requiere múltiples visitas presenciales con contacto físico entre el profesional de la salud y el paciente durante tiempo prolongado. A pesar de que la COVID-19 se transmite mayormente por aerosoles, también se ha aislado RNA del virus por PCR en heces. La presencia del virus en orina es controvertida³⁻⁵, y no se ha aislado en fluidos vaginales⁶, por lo que la transmisión durante los procedimientos vaginales parece ser muy improbable.

El campo de la uroginecología presenta una serie de características que debemos tener en cuenta al organizar una unidad de suelo pélvico durante la pandemia COVID-19

Tabla 1 Datos de la evaluación inicial que deben indicar pruebas especializadas

Residuo posmiccional patológico tras micción espontánea
Signos de prolapso genital que causen síntomas
Masas pélvicas
Síntomas de dificultad miccional
Síntomas urinarios asociados a dolor pélvico
Sospecha de fístula
Hematuria
Antecedentes de cirugía previa para la IU de esfuerzo, infecciones urinarias recurrentes, irradiación pélvica, cirugía pélvica radical

o en el período interpandemia. En primer lugar, se trata de patología de calidad de vida sin riesgo vital en la mayoría de casos, por lo que suele ser demorable. Además, la media de edad de la población uroginecológica es superior a la de la ginecología general, con un alto porcentaje de mujeres > 65 años (población de riesgo ante la infección por COVID-19).

Atención a las pacientes con incontinencia urinaria (IU)

El objetivo fundamental en el proceso diagnóstico de la IU en la mujer es el diagnóstico diferencial del tipo de IU: IU de esfuerzo, IU de urgencia e IU mixta. Para realizar este diagnóstico, se precisa de una evaluación inicial basada fundamentalmente en los síntomas, seguida de unas pruebas básicas que, según el resultado, precisarán pruebas diagnósticas más complejas.

La evaluación clínica inicial incluye la evaluación del estado general, la valoración de los síntomas urinarios (incluyendo diario miccional y cuestionarios validados) y su impacto en la calidad de vida, y el investigar el deseo de la paciente de recibir tratamiento. Esta primera parte sería tributaria de realizarse por vía telemática. Sin embargo, esta evaluación inicial incluye pruebas básicas que requieren una visita presencial, tales como realizar un análisis de orina (con o sin urocultivo para descartar infección), la medición del volumen de orina residual tras una micción espontánea, o la exploración pélvica y perineal. La evaluación inicial debe permitir identificar los casos complejos que precisan una evaluación especializada (tabla 1) para obtener un diagnóstico preciso. Las pruebas especializadas se remiten a unidades especializadas con equipo multidisciplinar con especialistas con formación específica.

En cuanto al tratamiento, basándose en una revisión sistemática⁷ y en la opinión de expertos², se puede afirmar que la IU de esfuerzo leve, la IU de urgencia y la IU mixta se pueden tratar inicialmente mediante telemedicina, partiendo de los datos de una evaluación básica. Nos referimos a iniciar parte del tratamiento conservador e indicar un fármaco. Respecto al tratamiento conservador, la terapia conductual que incluye la reeducación vesical (basada en diarios miccionales), los programas de ejercicios de contracción activa de los músculos del suelo pélvico (Kegel) en mujeres seleccionadas, y las recomendaciones en mujeres con sobrepeso/obesidad para la pérdida de

peso, son medidas que han demostrado mejoría, e incluso la resolución de los síntomas de IU. Todos ellos son posibles de abordar en una visita telemática, utilizando aplicaciones móviles para su instrucción o realización si es necesario. El uso de tampones o pesarios para la IU también pueden ser recomendados e instruidos telemáticamente en mujeres que previamente hayan tenido algún contacto presencial.

Finalmente, el tratamiento farmacológico puede iniciarse según los síntomas y el diario miccional tras una valoración telemática, e instruir a la paciente en cómo tomarlos. En las mujeres que ya estaban tratadas con tratamientos de tercera línea para la IU de urgencia (toxina botulínica y/o neuromodulación percutánea del tibial posterior), se podría valorar revertirlos de nuevo a los fármacos anticolinérgicos o β_3 -adrenérgicos temporalmente hasta que se reinicien dichas actividades, teniendo en cuenta el riesgo de demencia de algunos anticolinérgicos o de hipertensión arterial con los β_3 -adrenérgicos².

Atención a las pacientes con síntomas de disfunción de vaciado

En pacientes que su motivo de consulta sea la dificultad miccional, en una visita telemática se puede conocer si se trata de una paciente con síntomas de larga evolución o son de aparición súbita, así como evaluar la necesidad más o menos urgente de realizar una prueba diagnóstica para conocer con exactitud el tipo de disfunción miccional (obstrucciona o por problemas de contractilidad del detrusor). Se debe tener en cuenta que la retención urinaria crónica (con residuos posmiccionales > 300 ml durante > 6 meses) puede causar alteraciones del tracto urinario superior. Por lo tanto, incluso durante la pandemia, se debe valorar la necesidad de realizar ecografías renovesicales, analíticas de sangre, y asegurarse del correcto uso del autocateterismo intermitente o el sondaje permanente⁸. Antes de indicarlo, debemos asegurarnos de que las pacientes realizan la micción en un ambiente relajado, sin prisa, con la musculatura del suelo pélvico relajada y, si es necesario, aconsejar realizar la micción en 2 o 3 tiempos². Una vez evaluadas, si se considera necesario el cateterismo intermitente, la instrucción del autocateterismo es preferible frente al sondaje permanente. Esta instrucción debe realizarse de forma presencial, aunque el seguimiento posterior de la paciente puede ser telemático.

Aunque bajo, existe un riesgo de una retención urinaria posquirúrgica, que debe considerarse en tiempos de pandemia para decidir si es conveniente posponer este tipo de cirugía hasta la normalización de la actividad asistencial. En el supuesto de que se decida seguir con este tipo de cirugía y que esto sea posible a nivel organizativo, se recomienda realizar la intervención con anestesia regional, ya que disminuye el riesgo de retención urinaria postoperatoria, y se aconseja frente a la anestesia general también para reducir el riesgo potencial de aerosolización del coronavirus².

Atención a las pacientes con síntomas sugestivos de infección del tracto urinario inferior (ITUi)

Con la finalidad de evitar el desplazamiento a los centros de salud, ante una paciente con síntomas compatibles con

una ITUi en la visita telemática, nos podemos plantear un tratamiento empírico. La literatura apoya el tratamiento empírico con antibióticos de primera línea en pacientes con síntomas sugestivos de ITUi, incluso en mujeres con ITUi recurrentes⁹. Dichos síntomas incluyen la disuria, el empeoramiento de la frecuencia y/o la urgencia miccional, la hematuria macroscópica, así como la ausencia de molestias vaginales. Prescribir un antibiótico empírico por vía telemática es efectivo y eficiente, aunque aumenta la prescripción de antibióticos empeorando la resistencia a los mismos².

En tiempos de pandemia, la resolución de la sintomatología se puede interpretar como curación de la ITUi. Las pacientes con fiebre y las mujeres diabéticas son colectivos de riesgo para padecer una ITUi complicada, y ante su detección, valoraremos recomendar una visita presencial al paciente, sin olvidar que la fiebre puede estar asociada a otros síntomas y ser criterio de sospecha de infección por COVID-19².

En pacientes con ITUi recurrentes en las que no pueda realizarse un urinocultivo, el resultado de los microorganismos aislados en los urinocultivos del año anterior pueden utilizarse como guía para prescribir el fármaco de forma empírica, con pautas de entre 3 y 7 días (preferiblemente 7 días en pacientes diabéticas o de mayor edad). Las pacientes > 65 años, diabéticas, con antecedente de ITUi durante el año anterior y usuarias de sondas o autocateterismos tienen más riesgo de tener ITUi resistentes a los antibióticos de primera línea².

Atención a las pacientes con prolapso de órganos pélvicos (POP)

El objetivo fundamental en el proceso de diagnóstico de una mujer con síntomas de POP es determinar el tipo y grado de POP. Por tanto, la necesidad de realizar una exploración física para cuantificar y clasificar el POP nos hace pensar que una visita telemática puede no ser efectiva ni resolutive en estas pacientes. Sin embargo, una visita virtual inicial nos permite evaluar los síntomas de POP y disfunciones miccionales y/o anorrectales asociadas, explicar a nuestras pacientes la fisiopatología de su disfunción, enumerar y aconsejar sobre las distintas opciones terapéuticas, e informar sobre los mecanismos de prevención de su progresión, como son la pérdida de peso, la reducción del impacto sobre el suelo pélvico, dejar de fumar y evitar el estreñimiento. También es necesario y útil valorar el grado de afectación de la calidad de vida por el POP, pues la orientación terapéutica estará basada en esta afectación en la mayoría de casos.

En las pacientes con síntomas de POP y síntomas urinarios asociados se puede planificar y programar una visita presencial única para la exploración física, combinada con pruebas funcionales. Así evitaríamos desplazamientos múltiples al centro sanitario y disminuiríamos la afluencia de pacientes en la sala de espera. Posteriormente, una visita telemática para comentar resultados y decidir sobre el tipo de tratamiento puede ser tan resolutive como una visita presencial.

La historia natural del POP nos indica que el grado de POP evoluciona solo en un 10-20% de las mujeres durante los 2 años posteriores^{10,11}. Esto nos permite mantener una

conducta expectante sin riesgo de afectación de la salud en pacientes con POP sintomático, siempre que este no cause una disfunción miccional grave o la paciente no presente sangrados o infecciones. Por lo tanto, suele ser posible demorar tanto el proceso diagnóstico del POP (exploración física con o sin pruebas complementarias para valorar las disfunciones miccionales) como posponer la cirugía hasta finalizar el estado de alarma con la libre circulación de personas. Mientras tanto, el tratamiento conservador, como el uso de pesarios hasta que la cirugía sea posible, suele ser la mejor opción¹². En pacientes seleccionadas con POP leve o moderado, también podemos indicar una pauta de ejercicios de Kegel en domicilio e instruir en cómo realizarlos.

Respecto al manejo de pesarios durante la pandemia, diversos estudios apoyan que las pacientes pueden mantener sus pesarios sin cambiar de forma segura hasta 6 meses, e incluso hasta 24 meses en algunos casos. Se ha descrito un mínimo riesgo de efectos adversos tales como el sangrado o la erosión vaginal, molestias vaginales, vaginitis, disfunción de vaciado o fístulas, solamente presentes en < 5% de los casos en diversas series^{13,14}. En las visitas telemáticas de control de estas mujeres, debemos potenciar el automanejo de los pesarios y su limpieza en domicilio, así como pautar estrógenos vaginales para disminuir las complicaciones posibles. En caso de sospechar vaginitis, el tratamiento empírico está recomendado.

Atención a las pacientes con incontinencia fecal y defecación obstructiva

Una visita telemática nos permitirá aconsejar a las mujeres con IA o defecación obstructiva para aliviar sus síntomas: cambios dietéticos o suplementación con fibra según los casos.

Podemos informar sobre los distintos dispositivos utilizados para la IA, que podrían ser efectivos en algunos casos.

Cómo organizar las consultas, pruebas diagnósticas, tratamientos y actividad quirúrgica en una unidad de suelo pélvico durante la pandemia y el período interpandemia

Visitas médicas en consultas externas

A nivel de las consultas externas de uroginecología es donde la telemedicina tiene una mayor aplicabilidad. Nos permitirá reducir el número de visitas presenciales cumpliendo así las directrices de las organizaciones sanitarias en cuanto a distanciamiento social, pero manteniendo la calidad asistencial. En este contexto, Grimes et al.² realizaron una revisión de la literatura existente y concluyeron que las visitas virtuales proporcionan a las pacientes una satisfacción similar a las presenciales. También fortalecen los lazos de la relación médico-paciente a través de la educación sanitaria, la escucha activa y la toma de decisiones compartida^{2,15,16}. Al mismo tiempo, hay que tener en cuenta que las pacientes que viven en zonas rurales o difícilmente comunicadas con transporte público pueden tener más facilidad de acceso a las visitas por vía telemática. Sin embargo, no debemos

olvidar que en dichas zonas puede haber problemas en el acceso a las nuevas tecnologías o a la conectividad, y que la edad avanzada de las pacientes puede ocasionar dificultades en el manejo de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC)^{2,17}.

Es importante que el personal médico y de enfermería que contacte con las pacientes vía telemática tenga conocimientos para identificar los síntomas de alarma de infección por COVID-19 para así detectar posibles casos y hacer las recomendaciones pertinentes². En el caso de que una paciente con sospecha o infección confirmada por COVID-19 requiera de una visita presencial, todo el personal sanitario deberá estar alerta y aplicar las medidas de protección y actuación indicadas por el protocolo del hospital.

Respecto a las visitas que habitualmente se atienden en una consulta uroginecológica, existen diversas tipologías: primeras visitas, visitas para tomar una decisión terapéutica tras los resultados de las pruebas complementarias, pacientes en lista de espera quirúrgica o de tratamientos conservadores, seguimiento de pacientes con ITUi recurrentes o IU de urgencia en tratamiento farmacológico, y visitas de control posquirúrgico. Una forma de actuación sería reconvertir todas las visitas presenciales programadas a vía telemática y, en esta visita virtual, detectar cuáles son las pacientes que requieren la reconversión a una visita presencial y programarla.

Las primeras visitas de pacientes derivadas a la unidad de uroginecología, por vía telemática, permiten realizar una anamnesis detallada y dirigida, pasar cuestionarios de síntomas validados, así como orientar el caso e indicar qué pruebas complementarias precisa cada paciente. Desde este primer contacto, ya se beneficiarán de opciones de tratamiento conservador y/o farmacológico, así como de modificaciones de estilos de vida que podrán ir realizando desde su domicilio^{2,18}. Al finalizar el estado de alarma, se podría organizar un circuito en el que, en una única visita presencial, pudieran realizarse todas las pruebas complementarias indicadas tras el primer contacto telemático (estudio urodinámico, ecografía uroginecológica, etc.), así como la exploración física dirigida por un especialista y el primer contacto con enfermería. La visita de resultados y abordaje terapéutico se podrá realizar el mismo día, o bien programando una visita telemática posterior.

Es posible realizar un alto porcentaje de visitas telemáticas resolutivas para la evaluación de los resultados de las pruebas complementarias. Sobre la base de estos resultados y teniendo en cuenta las preferencias de las pacientes, es posible la indicación terapéutica compartiendo la toma de decisiones por vía telemática con las mujeres.

En las pacientes con diagnóstico de vejiga hiperactiva/IU de urgencia, es posible poner en marcha un programa de reeducación vesical evaluando diarios miccionales virtuales, así como establecer unas pautas para la modificación de hábitos para intentar mejorar la sintomatología. De hecho, estas medidas son útiles en pacientes con IU de urgencia y con el resto de disfunciones de suelo pélvico. También es posible controlar de forma telemática la respuesta al tratamiento farmacológico en mujeres con diagnóstico de vejiga hiperactiva/IU de urgencia. En las mujeres en tratamiento por ITUi recurrentes, es posible el seguimiento médico vía telemática, valorando los síntomas de una posible recidiva. Para las pacientes portadoras de pesario, se puede realizar una

valoración telemática cada 3 meses y, según su tolerancia y síntomas, puede considerarse la necesidad de una visita presencial con un intervalo de tiempo acorde con su situación clínica.

En cuanto a las visitas postoperatorias, un estudio aleatorizado evidencia que las llamadas telefónicas en pacientes postoperadas no son inferiores a las visitas presenciales en términos de satisfacción de la paciente, número de complicaciones y efectos adversos¹⁹. Otros estudios realizados^{1,2} muestran que la programación de llamadas telefónicas a las pacientes postoperadas reduce el número de llamadas telefónicas iniciadas por las propias pacientes, y que menos de un 25% de las pacientes que contactan necesitan ser visitadas presencialmente^{1,20}. Las pacientes postoperadas de IU de esfuerzo con banda suburetral libre de tensión que no presenten síntomas de IU o las pacientes operadas de POP sin material protésico se pueden beneficiar de una visita postoperatoria por vía telemática². Contrariamente, las mujeres intervenidas mediante bandas suburetrales con síntomas sugestivos de complicaciones o las pacientes intervenidas de corrección del POP mediante material protésico se beneficiarán de una visita presencial.

Las pacientes cuya cirugía programada por alguna disfunción de suelo pélvico haya sido pospuesta a causa de la pandemia se pueden beneficiar de reprogramar su visita preoperatoria vía telemática para explicarles la situación. Puede ser útil comentar otras opciones terapéuticas de tratamiento conservador y realizar educación sanitaria uroginecológica y también sobre la prevención de la COVID-19².

Pruebas complementarias en uroginecología

El estudio urodinámico y la cistoscopia se consideran pruebas invasivas debido a la necesidad de sondaje, por lo que su realización no está recomendada durante la pandemia COVID-19 siguiendo las directrices de las principales sociedades internacionales. Consideramos que no está justificado el riesgo-beneficio de realizar estudios urodinámicos en mujeres con patología uroginecológica hasta que se alcance la fase de estabilidad de la pandemia y las autoridades sanitarias así lo indiquen.

En pacientes con disfunciones de vaciado, en las que en la evaluación telemática se haya detectado un empeoramiento de los síntomas de ITUi, puede ser recomendable la realización de una flujometría, prueba no invasiva, con medición del residuo posmiccional por ecografía abdominal preferiblemente.

Durante la fase de pandemia por COVID-19 consideramos que no se deben programar ecografías uroginecológicas, exceptuando los casos que requieran una visita presencial por clínica de complicación quirúrgica o patología urgente como hematoma de cúpula vaginal y/o dolor en paciente portadora de material protésico vaginal o abdominal, entre otros.

En el posparto, la valoración de las lesiones de suelo pélvico ha demostrado ser estable desde los 3 meses posparto, y es posible demorar la ecografía²¹. Se realizará una visita telemática a todas las pacientes posparto con ecografía programada para valorar si existe sintomatología que requiera posibles intervenciones de enfermería de forma telemática,

y para informar de que se pospondrá la ecografía sin consecuencias médicas.

Una vez se reinicie la actividad en las unidades de diagnóstico, se debe considerar que existe riesgo de transmisión de COVID-19 al realizar dichas técnicas, tanto al paciente como al personal sanitario, y que ambos deberán llevar el equipo de protección individual recomendado.

El estudio urodinámico es una prueba larga, que requiere del uso de sondaje vesical y rectal, así como de la realización de un test de esfuerzo estandarizado (hasta 5 golpes de tos en algunos casos). A su vez, genera gran cantidad de fómites que deberán ser correctamente desechados. Por este motivo, para la realización del estudio urodinámico, se recomienda la utilización de un equipo de protección individual que consiste en cobertura para zapatos, bata impermeable, mascarilla quirúrgica o N-95, gorro, guantes y protección ocular.

Tratamiento conservador

Los principales tratamientos conservadores que se ofrecen en una unidad de uroginecología son la educación sanitaria para las modificaciones de los estilos de vida, el uso de pesarios, la rehabilitación muscular del suelo pélvico y la neuroestimulación del tibial posterior. En todas estas tareas el papel de la enfermera especializada en suelo pélvico es clave y pone de manifiesto que nuestras pacientes necesitan un abordaje multidisciplinar².

Tras revisar las recomendaciones de las principales sociedades científicas en uroginecología, todas coinciden en no realizar de forma presencial en el hospital tratamientos con ejercicios de la musculatura del suelo pélvico (*biofeedback* y electroestimulación) y neuroestimulación del tibial posterior durante la situación actual de pandemia. La justificación ofrecida es que se trata de tratamientos largos (> 30 min) y con contacto físico profesional sanitario-paciente. Se recomienda a todas las pacientes que tienen indicación de estos tratamientos una visita telemática para realizar una correcta instrucción y ofrecer un seguimiento para controlar la evolución.

Como se ha comentado anteriormente, las recomendaciones para modificar los estilos de vida, el reentrenamiento vesical y la rehabilitación muscular del suelo pélvico o ejercicios de Kegel se pueden indicar por vía telemática, y las pacientes los pueden realizar en su domicilio tras una correcta instrucción por parte del personal sanitario².

Tratamiento quirúrgico

Tras consultar y analizar las guías publicadas por las principales sociedades científicas internacionales y, teniendo en cuenta el tipo de intervenciones realizadas en uroginecología, se aconseja no realizar cirugías uroginecológicas durante la pandemia de COVID-19 o mientras las autoridades del país recomienden una restricción de la movilidad de la población. Los principales motivos para esta recomendación son que las cirugías que realizamos son para mejorar la calidad de vida y no presentan riesgo vital ni de complicaciones si se demoran 6 meses en la mayoría de casos. Además, tratamos pacientes de un grupo de edad de riesgo en caso de infección por COVID-19. Otro motivo

que no debemos olvidar es que el hecho de realizar cirugías puede generar visitas de seguimiento por complicaciones en el postoperatorio que requieran visitas presenciales.

Al reiniciar la actividad quirúrgica uroginecológica por disminución de las restricciones de movilidad, proponemos realizar una selección minuciosa de las pacientes teniendo en cuenta los siguientes criterios: deseo explícito de la paciente de ser intervenida a pesar del riesgo de infección por COVID-19; priorización de aquellas pacientes que ya estén inmunizadas frente a la COVID-19; intervenir a pacientes de edad inferior a 65-70 años y que no presenten comorbilidades que empeoren el pronóstico en caso de infección por COVID-19 (hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedades respiratorias crónicas, entre otras).

La telemedicina en uroginecología ha venido para quedarse

Teniendo en cuenta la experiencia obtenida durante el período de confinamiento ocasionado por la pandemia de COVID-19, así como las publicaciones sobre la telemedicina en uroginecología, proponemos los siguientes cambios en nuestros circuitos asistenciales.

Nos planteamos crear agendas mixtas de forma permanente, que permitan disminuir el número de visitas que realizan las pacientes a los centros sanitarios, identificando las situaciones clínicas que no requieren una exploración física o pruebas complementarias.

El primer contacto de las nuevas pacientes por vía telemática para realizar la anamnesis, orientar el caso e indicar las pruebas complementarias creemos que resulta beneficioso, pues permite organizar la visita presencial única agrupando pruebas complementarias, el primer contacto con enfermería y el examen físico.

Además de las primeras visitas, planteamos programar como visita telemática todas las visitas de resultados del estudio uroginecológico con indicación de realizar tratamiento conservador y/o farmacológico. La evaluación de la respuesta a los mismos se podrá realizar de forma telemática en diversos intervalos de tiempo.

Finalmente, se beneficiarán seguro de una visita telemática las mujeres pendientes del resultado de urinocultivos o cultivos vaginales.

Cada centro deberá organizarse a nivel administrativo y obtener el soporte informático necesario para trabajar con telemedicina de forma segura y confortable.

Sin embargo, la telemedicina no ofrece solamente ventajas. El distanciamiento social y la introducción de la telemedicina en nuestra práctica clínica habitual nos ha conducido a pasar tiempo fuera del lugar físico de trabajo en el hospital, haciendo el trabajo más solitario. Se ha demostrado que es importante la programación de videoconferencias *online* de trabajo entre los profesionales de la unidad para mantener el contacto social y para que los objetivos educativos y de investigación continúen avanzando¹. La reprogramación de los encuentros anuales de profesionales médicos y de congresos es necesaria debido a la situación de pandemia, pero la formación y la colaboración *online* entre los profesionales no debe pararse, su continuación es clave para que cuando volvamos a la

situación de normalidad y nos podamos volver a reunir el conocimiento y la investigación continúen creciendo¹.

Conclusiones

La pandemia de COVID-19 nos ha obligado a cambiar de forma brusca nuestra práctica asistencial. La telemedicina nos ha permitido adaptarnos y comprobar, tal y como la literatura apuntaba, que somos capaces de realizar de forma remota una gran cantidad de visitas con alto nivel de satisfacción por parte de las pacientes.

Tras la desescalada, priorizando por patología y seleccionando correctamente a las mujeres, nos planteamos mantener diversas estrategias telemáticas, así como rediseñar circuitos asistenciales que eviten traslados evitables de las pacientes a los centros de salud, independientemente de la situación de la pandemia.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Rogers RG, Swift S. The world is upside down; how coronavirus changes the way we care for our patients. *Int Urogynecol.* 2020;31:853-4, <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-020-04292-7>.
- Grimes CL, Balk EH, Crisp CC, Antosh DD, Murphy M, Halder GE, et al. A guide for urogynecologic patient care utilizing telemedicine during the COVID-19 pandemic: review of existing evidence. *Int Urogynecol.* 2020;31:1063-89, <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-020-04314-4>.
- Chen Y, Chen L, Deng Q, Zhang G, Wu K, Ni L, et al. The presence of SARS-CoV-2 RNA in feces of COVID-19 patients. *J Med Virol.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1002/jmv.25825>.
- Ling Y, Xu SB, Lin YX, Tian D, Zhu ZQ, Dai F, et al. Persistence and clearance of viral RNA in 2019 novel coronavirus disease rehabilitation patients. *Chin Med J (Engl).* 2020, <http://dx.doi.org/10.1097/CM9.0000000000000774>.
- Kim YI, Kim SG, Kim SM, Kim EH, Park SJ, Yu KM, et al. Infection and rapid transmission of SARS-CoV-2 in ferrets. *Cell Host Microbe.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.chom.2020.03.023>.
- Qiu L, Liu X, Xiao M, Xie J, Cao W, Liu Z, et al. SARS-CoV-2 is not detectable in the vaginal fluid of women with severe COVID-19 infection. *Clin Infect Dis.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaa375>.
- Balk EM, Rofeberg VN, Adam GP, Kimmel HJ, Trikalinos TA, Jeppson PC. Pharmacologic and nonpharmacologic treatments for urinary incontinence in women: A systematic review and network meta-analysis of clinical outcomes. *Ann Intern Med.* 2019;170:465-79, <http://dx.doi.org/10.7326/M18-3227>.
- Stoffel JT, Peterson AC, Sandhu JS, Suskind AM, Wei JT, Lightner DJ. AUA white paper on nonneurogenic chronic urinary retention: consensus definition, treatment algorithm, and outcome end points. *J Urol.* 2017;198:153-60, <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2017.01.075>.
- Anger J, Lee U, Ackerman AL, Chou R, Chughtai B, Clemens JQ, et al. Recurrent uncomplicated urinary tract infections in women: AUA/CUA/SUFU guideline. *J Urol.* 2019;202:282-9, <http://dx.doi.org/10.1097/JU.0000000000000296>.
- Bradley CS, Zimmerman MB, Qi Y, Nygaard IE. Natural history of pelvic organ prolapse in postmenopausal women. *Obstet Gynecol.* 2007;109:848-54, <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000255977.91296.5d>.
- Gilchrist AS, Campbell W, Steele H, Brazell H, Foote J, Swift S. Outcomes of observation as therapy for pelvic organ prolapse: a study in the natural history of pelvic organ prolapse. *Neurourol Urodyn.* 2013;32:383-6, <http://dx.doi.org/10.1002/nau.22298>.
- American Urogynecologic Society (AUGS) Guidelines and Statements Committee Carberry CL, Tulikangas PK, Ridgeway BM, Collins SA, Adam RA. American Urogynecologic Society (AUGS) best practice statement: evaluation and counseling of patients with pelvic organ prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2017;23:281-7, <http://dx.doi.org/10.1097/SPV.0000000000000424>.
- Miceli A, Fernández-Sánchez M, Polo-Padillo J, Dueñas-Díez J-L. Is it safe and effective to maintain the vaginal pessary without removing it for 2 consecutive years? *Int Urogynecol J.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-020-04240-5>.
- Thys SD, Hakvoort RA, Asseler J, Milani AL, Vollebregt A, Roovers JP. Effect of pessary cleaning and optimal time interval for follow-up: a prospective cohort study. *Int Urogynecol J.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-019-04200-8>.
- Jha J, Pradhan A. BSUG guidance on management of urogynaecological conditions and vaginal pessary use during the Covid19 Pandemic. BSUG; 2020.
- Tates K, Antheunis ML, Kanters S, Nieboer TE, Gerritse MB. The effect of screen-to-screen versus face-to-face consultation on doctor-patient communication: an experimental study with simulated patients. *J Med Internet Res.* 2017;19:e421, <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.8033>.
- Schlittenhardt M, Smith SC, Ward-Smith P. Tele-continence care: A novel approach for providers. *Urol Nurs.* 2016;36:217-23.
- Jones G, Brennan V, Jacques R, Wood H, Dixon S, Radley S. Evaluating the impact of a "virtual clinic" on patient experience, personal and provider costs of care in urinary incontinence: A randomised controlled trial. *PLoS One.* 2018;13:e0189174, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0189174>.
- Thompson JC, Cichowski SB, Rogers RG, Qeadan F, Zambrano J, Wenzl C, et al. Outpatient visits versus telephone interviews for postoperative care: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J.* 2019;30:1639-46.
- Iwanoff C, Giannopoulos M, Salamon C. Follow-up postoperative calls to reduce common postoperative complaints among urogynecology patients. *Int Urogynecol J.* 2019;30:1667-72.
- Starck M, Bohe M, Fortling B, Valentin L. Endosonography of the anal sphincter in women of different ages and parity. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005;25:169-76.