

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

Editorial

La e-consulta constituye un esfuerzo organizativo encomiable y necesario, pero no suficiente



Online medical consultation constitutes an admirable and necessary organizational effort, but it is still not enough

Federico Soria Arcos^{a,b,*} y Juan Antonio Castillo Moreno^a^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, M, España^b Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia (UMU), Murcia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

On-line el 8 de marzo de 2022

La telemedicina (TLM) es una parte importante de la *e-HEALTH*, un campo en continuo desarrollo en el que las tecnologías de la información y la telecomunicación se utilizan al servicio de la promoción de la salud en diversas formas (fig. 1)¹⁻³. La e-consulta se enmarca en el seno de la TLM y se basa en la capacidad del receptor de la información (habitualmente el especialista hospitalario) para realizar diagnósticos sencillos basados en la información clínica (proporcionada *ad hoc* o almacenada electrónicamente), recomendar actuaciones encaminadas al esclarecimiento de un diagnóstico, colaborar en la promoción de la salud de los pacientes, así como priorizar situaciones urgentes frente a otras que no precisan una actuación rápida y pueden, por tanto, demorarse.

Al contrario de lo que cabría esperar, todavía asistimos a un proceso de desarrollo e implantación muy paulatinos, así como a un crecimiento desigual por áreas geográficas, de la mano de factores económicos, geográficos, sociales y educativos, entre otros. Estos cambios han venido casi siempre espolcados por iniciativas individuales no siempre respaldadas por los sistemas nacionales y regionales de salud o de los legisladores en materia sanitaria que, casi sin excepción, no han sido capaces de proporcionar la cobertura técnica, humana y legal (entre otras) adecuadas para su desarrollo.

En este número de REC: Cardioclinics, Bravo-Amaro et al.⁴ publican su experiencia de 10 años en la implantación de un modelo particular de TLM (etapa pre-COVID-19), en concreto la e-consulta, con resultados excelentes. Tras un periodo inicial de un año (2010) utilizado para analizar la demanda existente, se evoluciona a un modelo mixto (2011-2012) en el que progresivamente se integra al sistema la consulta de alta resolución y se implementa el funcionamiento piloto de la e-consulta en dos centros de salud representativos, para acabar en una fase final (2013-2018) en la que se generaliza la e-consulta, implantándola en los 47 centros del área sanitaria dependiente del hospital de referencia que da cobertura a más de 560.000 habitantes.

Probablemente haya tantos modelos de e-asistencia como hospitales o áreas sanitarias que los planifican. La combinación de sistemas de comunicación y de información utilizados puede llegar a ser enorme (fig. 1), con la posibilidad de afrontar el problema de manera personalizada. En cada caso se debe conseguir la combinación de mecanismos que faciliten la comunicación médico-paciente a un coste asumible y razonable, a la vez que se deben poder analizar los resultados obtenidos, detectando puntos de mal funcionamiento de los circuitos y corrigiendo el rumbo si la situación lo requiere.

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rccl.2021.06.003>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fsoriaa@gmail.com (F. Soria Arcos).

<https://doi.org/10.1016/j.rccl.2022.02.002>

2605-1532/© 2022 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

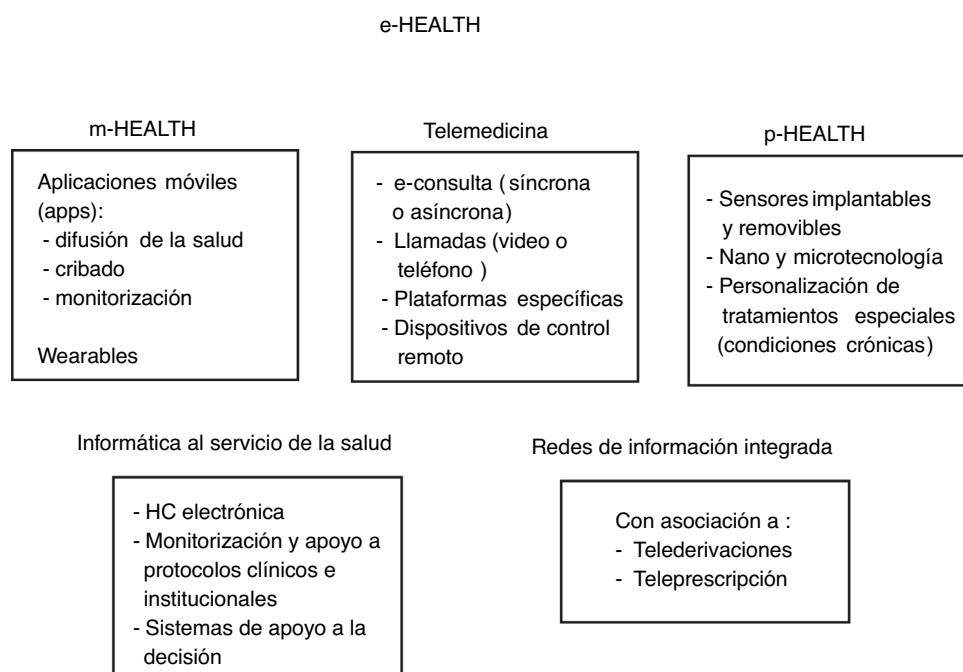


Figura 1 – Resumen de los sistemas principales que constituyen el concepto global de e-HEALTH. HC: historia clínica; m-HEALTH: mobile health (salud asistida por dispositivos móviles); p-HEALTH: personalized health (control de aspectos de la salud con micro o nanotecnología implantable o removable).

Fuente: Elaborada con datos de Cowie² y Barrios et al.³

El modelo de e-consulta implantado por los autores reúne unas peculiaridades que lo hacen único y que demuestra resultados muy interesantes en un corto plazo. Sin embargo, el sistema no se modifica en siete años (2013-2019) y tiende a mostrar algunos signos de «agotamiento» tras los primeros años en los que los resultados espectaculares obtenidos se amortiguan, e incluso se revierten parcialmente algunos de los efectos iniciales (alargamiento de la demora media hasta la primera consulta a partir de 2016). Se echa de menos algún sistema de autocritica que identifique los problemas que pudieran estar alterando la buena marcha del sistema. Se nos ocurren algunos aspectos adicionales (importantes en nuestra experiencia) que seguramente complementan a los puestos en marcha en el trabajo de Bravo-Amaro et al., tales como reuniones periódicas con los centros de salud para la puesta en común de problemas, la necesidad de formación continuada de miembros de nueva incorporación a los centros, identificación de actos médicos de bajo valor añadido que pudieran excluirse de las solicitudes de consulta o la asignación de cardiólogos específicos a cada centro de salud que mejore aún más la relación entre atención primaria y hospitalaria especializada.

Además, hay que asumir que no todos los procesos deben tratarse de la misma manera. En el trabajo de Bravo-Amaro et al., se incluyen todos los pacientes remitidos telemáticamente para valoración por los profesionales del servicio de cardiología del hospital de referencia, sin hacerse diferencias entre ellos y sin establecer protocolos específicos para el tratamiento personalizado según la patología. Esto constituye la práctica general, pero seguramente no ayude a obtener los mejores resultados: algunas patologías podrían beneficiarse

del sistema de atención a distancia mientras que otras no se prestan a ello o simplemente no son costo-eficaces. Así, existe mayor evidencia de los beneficios de la TLM en unos procesos que en otros. Uno de los campos con mayor experiencia acumulada en el ámbito de la cardiología se ha obtenido en el seguimiento de la insuficiencia cardíaca. Pero ni siquiera en este campo la evidencia es unánime. De los estudios publicados en los últimos años que utilizan algún sistema de telemonitorización invasiva o no invasiva en insuficiencia cardíaca crónica, solo unos pocos obtuvieron resultados positivos significativos. Esto es, que cualquier monitorización a distancia no tiene obligadamente que venir seguida de resultados favorables en comparación con el tratamiento habitual y mucho menos tiene que ser costo-eficaz. En este campo, solo los sistemas de monitorización complejos guiados por biomarcadores (estrategia TIM-HF2) han demostrado beneficios significativos en el objetivo primario de muerte por cualquier causa⁵. Las guías de práctica clínica tales como el *Update* de la *Heart Failure Association* de la Sociedad Europea de Cardiología⁶ ha llegado a sugerir la generalización de su uso. Pero estos resultados no hacen sino resaltar que determinadas estrategias funcionan en grupos de pacientes seleccionados con determinados perfiles y no en todos. Hasta que no seamos capaces de definir mejor estos subgrupos de pacientes susceptibles de mayor beneficio, no podremos aplicar soluciones personalizadas y que tengan valor añadido a la vez que sean costo-eficaces⁷. La evidencia en otros campos de la cardiología es menor y de dudoso o no demostrado valor añadido. Hay intentos recientes en España de consensuar la actuación médica en consultas telemáticas relacionadas con las principales patologías cardiológicas, como la cardiopatía

isquémica, la insuficiencia cardiaca o las arritmias³. En este documento se consensuan medidas para optimizar el cuidado de estas patologías usando esta nueva metodología de trabajo, se intenta establecer criterios de ayuda para la decisión de asistencia presencial o seguimiento en consultas de atención primaria, y se describen potenciales mejoras en las e-consultas para optimizar el cuidado de los pacientes.

Además, hay una falta de legislación que respalde explícita y claramente la actuación de profesionales que llevan a cabo actos médicos y toman decisiones a distancia. Cada país, incluso cada región de cada país se encuentra en una situación diferente. Tan solo hay algunas referencias normativas recogidas en la Directiva 2011/24/UE⁸, sobre derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza y su versión posterior el Real Decreto 81/2014⁹, en las que se menciona la telemedicina, aunque no se desarrolla. Esta normativa se ve limitada por la legislación relativa a la protección de datos, de autonomía del paciente, de la sociedad de servicios de la información e incluso por la normativa propia de cada comunidad autónoma (no siempre coincidente). Es, incluso, contraria a la esencia del anterior código deontológico médico, que exigía expresamente el contacto directo médico-paciente para considerarla una relación aceptable. Algunas directrices más recientes (del Código del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos o de la Comisión Central de Deontología) han emitido informes sobre consideraciones éticas relativas a las consultas telemáticas, pero distan mucho de constituir una legislación sólida que ampare esta actividad. A nuestro criterio, en ausencia de una normativa clara, se hace aún más necesario que la puesta en marcha de un sistema de estas características goce del aval de un comité ético. Bravo-Amaro et al aducen que, por tratarse de práctica clínica habitual, no es necesario someter el trabajo al escrutinio y valoración del comité ético del área. Nos parece que no obtener un consentimiento informado es hasta cierto punto inapropiado, ya que este nuevo sistema de funcionamiento solo se constituye en práctica habitual cuando lleva un tiempo suficiente de rodaje y se comienzan a obtener resultados que -solo después de analizarse adecuadamente- darán información sobre la seguridad de dicha actividad. De hecho, conscientes de que pudiera existir un problema de seguridad, los autores llevan a cabo un análisis al respecto tras el segundo año de la fase 1. Esto denota que son sensibles a la posible introducción de variables que pudieran afectar a la seguridad de los pacientes, aunque no encuentran diferencias entre las modalidades de asistencia.

Otro aspecto que no queda bien asentado en la literatura médica tiene que ver con la satisfacción de los usuarios y médicos en respuesta a la implantación de diversos tipos de TLM o de la e-consulta. Aunque en general solemos detectar actitudes positivas, no todos y en todas las situaciones son auténticos convencidos de las bondades del sistema. Multitud de publicaciones científicas denuncian que la TLM está expuesta a amenazas. Entre ellas está la fatiga del profesional, que no siempre experimenta beneficios unánimes¹⁰, o la valoración del paciente, que a menudo percibe esta modalidad como de peor calidad debido en parte a la falta de exploración física y a la despersonalización de la visita¹¹. En el trabajo de Bravo-Amaro et al., se asume una buena aceptación por parte de los médicos implicados, aunque cuando se

hizo una encuesta de satisfacción, solo el 36% contestó, si bien un porcentaje mayoritario manifestó estar satisfecho con los resultados. La satisfacción del paciente no se evaluó.

La pandemia de COVID-19 ha supuesto una terrible amenaza para los sistemas sanitarios, que han tenido que reaccionar para adaptarse en poco tiempo. Sin embargo, la adaptación a este nuevo sistema de trabajar requiere tiempo; las sociedades con sistemas previamente implantados y funcionantes han «sobrevivido» mejor que aquellas sin experiencia previa. Además, países que han gozado de una adaptación legislativa más rápida y eficaz, (como la francesa, que ha sabido implementar rápidamente medidas eficaces e imaginativas) han experimentado un crecimiento exponencial del número de teleconsultas, con una gran eficiencia y satisfacción de médicos y usuarios. La adaptación a la época pospandémica está planteando también un reto organizativo que precisa de una coordinación inteligente a nivel nacional. Para ello, algunos grupos intentan aportar soluciones³, que no todos los países, incluida España, están aprovechando por igual¹². A buen seguro que el sistema puesto en marcha por el grupo de Íñiguez-Romo habrá sido capaz de resistir el envite de la pandemia con menor impacto que en otros no iniciados en la e-salud.

Finalmente, sería aconsejable llevar a cabo un censo nacional, tal y como se ha realizado ya en otros países¹³, de los sistemas digitales y de comunicación e información en funcionamiento en nuestro país, censo que constituya un punto de partida para el conocimiento de lo que se está haciendo actualmente en cada comunidad y que suponga un estímulo tanto para los no iniciados como para la mejora de los ya iniciados. En este sentido, sería de gran interés la creación de una comisión o grupo de trabajo que aúne los esfuerzos de profesionales interesados en promover un avance coordinado de los sistemas de TLM a nivel nacional.

En conclusión, uno de los principales retos de la medicina actual, y de la cardiología en particular, tiene que ver con la implantación de una TLM moderna y eficaz, adaptada a los procesos y a las características de cada región, capaz de complementar, que no sustituir, eficazmente a la medicina tal y como la entendemos clásicamente. Cada zona de salud debería establecer un plan de atención digital diseñado para mejorar la atención a su población, teniendo en cuenta diversos criterios (geográfico, calidad de conexión a internet en zonas rurales, económicos, raciales, inmigración no hispanoparlante, etc.). Además, el sistema establecido ha de ser dinámico, medido y auditado con regularidad para detectar los problemas de funcionamiento y puntos de mejora que han de ser subsanados periódicamente. Es también nuestra labor como mandos intermedios en el sistema de salud reclamar a nuestras autoridades sanitarias que articulen los mecanismos necesarios para proporcionarnos el respaldo legal suficiente para adaptarnos a estas nuevas y cambiantes actividades. Igualmente, la universidad española debería reaccionar para incluir conceptos avanzados relacionados con la e-salud con los que los estudiantes deberían familiarizarse desde un principio. Finalmente, debemos ser conscientes de que no todos los procesos médicos se benefician por igual de la intervención telemática. Será nuestra responsabilidad identificar aquellos con un mayor valor añadido para sacar el máximo

rendimiento. En definitiva, perfectamente podríamos aplicar aquí el conocido dicho anglosajón del *one size does not fit all*. Nuestra labor será averiguar «qué talla gastamos cada uno» para ofrecer una solución personalizada a la situación sanitaria de cada área o región.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eysenbach G. What is e-health? *J Med Internet Res*. 2001;3:e20.
2. Cowie MR. e-Health: a position statement of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2016;37:63–66.
3. Barrios V, Cosín-Sales J, Bravo M, Escobar C, Gámez JM, Huelmos A, et al. Telemedicine consultation for the clinical cardiologists in the era of COVID-19: present and future Consensus document of the Spanish Society of Cardiology. *Rev Esp Cardiol*. 2020;73:910–918.
4. Bravo-Amaro M, Calvo-Iglesias FE, Peña-Gil C, Castro-Verdes M, Paredes-Galán E, Soto-Loureiro F, et al. Consulta electrónica y modelo evolutivo en la asistencia ambulatoria de procesos cardiovasculares. *REC: CardioClinics*. 2021, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccl.2021.06.003>.
5. Koehler F, Koehler K, Deckwart O, Prescher S, Wegscheider K, Kirwan BA, et al. Efficacy of telemedical intervention management in patients with heart failure (TIM-HF2): a randomized, controlled, parallel-group, unmasked trial. *Lancet*. 2018;392:1047–1057.
6. Seferovic PM, Ponikowski P, Anker SD, Bauersachs J, Chioncel O, Cleland JGF, et al. Clinical practice update on heart failure 2019: pharmacotherapy, procedures, devices and patient management An expert consensus meeting report of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*. 2019;21:1169–1186.
7. Clarke M, Born K, Johansson M, Jørgensen KJ, Levinson W, Madrid E, et al. Making wise choices about low-value health care in the COVID-19 pandemic. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.ED000153.8>.
8. Council of the European Union. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. [Consultado 10 Ene 2022]. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32011L0024>.
9. Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. [Consultado 10 Ene 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2014/02/07/81>.
10. Bauer BS, Nguyen-Phan AL, Ong MK, Ziaieian B, Nguyen K-L. Cardiology electronic consultations: Efficient and safe but consultant satisfaction is equivocal. *J Telemed Telecare*. 2020;26:341–348.
11. Raman KS, Vyselaarb JR. Patient-Reported Experiences in Outpatient Telehealth Heart Failure Management. *Cardiology Res*. 2021;12:186–192.
12. Bhaskar S, Bradley S, Chattu VK, Adishes A, Nurtazina A, Kyrykbayeva S, et al. Telemedicine Across the Globe-Position Paper From the COVID-19 Pandemic Health System Resilience PROGRAM (REPROGRAM) International Consortium (Part 1). *Front Public Health*. 2020;8:556720.
13. Brunetti ND, Molinari G, Acquistapace F, Zimotti T, Parati G, Indolfi C, et al. 2019 Italian Society of Cardiology Census on telemedicine in cardiovascular disease: a report from the working group on telecardiology and informatics. *Open Heart*. 2020;7:e001157.