

Réplica: «Resultados preliminares de DERMATEL: estudio aleatorizado prospectivo comparando modalidades de teledermatología síncrona y asíncrona»

B. Hernández-Machín^a y J. Suárez-Hernández^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Nuestra Señora de los Reyes. El Hierro. España.

^bServicio de Dermatología. Hospital Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife. España.

Sr. Director:

Hemos leído atentamente el artículo en el que Romero et al publican los resultados preliminares del estudio clínico DERMATEL, comparando modalidades de teledermatología síncrona y asíncrona¹. Nos gustaría felicitarles por su trabajo.

Estos autores, al igual que distintos trabajos ya publicados^{2,3}, obtuvieron una elevada fiabilidad diagnóstica de la Teledermatología, tanto en la modalidad de almacenamiento (TDA) como de tiempo real (TDTR). Sin embargo, la Teledermatología (TD) continúa presentando una serie de problemas en comparación con la consulta de Dermatología convencional (DC), como son mayor tiempo y coste con menor eficacia. Estos hechos impiden, por ahora, que la TD se implante de manera rutinaria en España y en otros países como el Reino Unido⁴, a pesar de numerosos proyectos piloto y estudios de investigación y de evaluación económica de esta tecnología⁵.

Nos gustaría comunicar nuestra experiencia: en los años 1999 y 2001 realizamos un proyecto piloto de TD entre un hospital comarcal en la isla de El Hierro y un hospital de referencia en la isla de Tenerife en el que se realizaron consultas de TDTR (año 1999) y consultas de TDA (año 2001). La primera parte del estudio (TDTR) fue evaluada cualitativamente con respecto a la calidad de intercambio de información y a la satisfacción de los pacientes, familiares y profesionales⁶. En este trabajo la TD mostró ser bien aceptada por los pacientes y con una capacidad de resolución del 80 % para la TDTR,

pero sólo del 43 % para la TDA. También se realizó una valoración económica de las primeras 72 consultas de TDTR del año 1999. El consumo de recursos de cada consulta se asignó a través de un modelo de costes basado en las actividades descritas en los respectivos protocolos (*activity based costing*). Se estimó que la DC fue más barata (coste anual DC 12.445,71 euros frente a 16.222,86 euros de coste TDTR) y más eficiente que la TDTR (gasto por paciente DC 33,18 euros frente a 48,42 euros TDTR). Es decir, la TD podría ser una alternativa asistencial ya que fue bien aceptada por los pacientes, aunque fue menos eficaz, efectiva y eficiente que la consulta de presencia en nuestro medio y en ese momento.

Desde entonces se han mantenido las consultas de DC quincenales en la isla de El Hierro, utilizando puntualmente la TDA para el seguimiento de enfermos que una vez diagnosticados deben ser valorados en menos de 15 días, y para la valoración de pacientes urgentes (apoyo previo a la decisión de traslado aéreo desde la isla de El Hierro a Tenerife).

Precisamos de estudios a mayor escala sobre resultados prácticos en la clínica como el número de derivaciones, coste-efectividad⁵, aceptación de los pacientes (ansiedad y preocupaciones, interacción con el médico, calidad de vida, valoración de otras lesiones, etc.) y por los profesionales⁷. Estamos de acuerdo con Romero et al¹ en que la mayor accesibilidad no compensaría la menor calidad de la prestación en países como el nuestro, con una buena

red de comunicaciones, ya que si en una región ultraperiférica a la que se accede únicamente por barco o avión, como la isla de El Hierro, no se justifica la implantación de la TD de forma rutinaria, difícilmente se puede justificar en otras situaciones donde el acceso al dermatólogo no necesita el traslado por vía aérea, considerándose como opción sólo en circunstancias especiales.

El uso de la TD permite a los dermatólogos estar a la vanguardia junto a otras especialidades médicas, reforzar nuestra especialidad y usar tecnologías modernas de telecomunicación; sin embargo, además de su dudosa rentabilidad persiste la falta de resolución de aspectos éticos y médicos-legales en el reparto de responsabilidades entre el especialista consultor y el médico de Atención Primaria prescriptor y terapeuta.

Bibliografía

1. Romero G, García M, Vera E, Martínez C, Cortina P, Sánchez P, et al. Resultados preliminares de DERMATEL: estudio aleatorizado prospectivo comparando modalidades de teledermatología síncrona y asíncrona. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:630-6.
2. Eedy DJ, Wootton R. Teledermatology: a review. *Br J Dermatol.* 2001;144:696-707.
3. Mahendran R, Goodfield MJ, Sheehan-Dare RA. An evaluation of the role of a store-and-forward teledermatology system in skin cancer diagnosis and management. *Clin Exp Dermatol.* 2005;30:209-14.
4. English JSC, Eedy DJ. Has teledermatology in the U.K. finally failed? *Br J Dermatol.* 2007;156:411.

5. Eminovic N, de Keizer NF, Bindels PJE, Hasman A. Maturity of tele-dermatology evaluation research: a systematic literature review. *Br J Dermatol.* 2007;156:412-9.
6. Artiles Sánchez J, Suárez Hernández J, Serrano Aguilar P, Vázquez-Quiñoy C, Duque González B, de las Cuevas Castresana C. Evaluación cualitativa en teledermatología: resultados del proyecto piloto *Telemedicina* 2000. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95: 289-94.
7. Finch TL, Mair FS, May CR. Tele-dermatology in the U.K: lessons in service innovation. *Br J Dermatol.* 2007; 156:521-7.