



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ARTÍCULO DE OPINIÓN

Tele dermatología, del debate a la calma



Tele dermatology: From the Tempest of Debate to Calmer Waters

D. Moreno-Ramírez^{a,*} y G. Romero-Aguilera^b

^a Unidad de Gestión Clínica de Dermatología MQyV, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

El informe 2010 del Observatorio de e-salud de la Organización Mundial de Salud (OMS) plantea que «El acceso, la equidad, la calidad y el coste-efectividad son factores clave en la provisión de servicios de salud, tanto en países desarrollados como en las regiones económicamente menos desarrolladas. Las modernas tecnologías de la información y comunicación (TIC) han revolucionado la comunicación entre los individuos. Estas tecnologías tienen un gran potencial para ayudar a abordar globalmente los problemas contemporáneos de la asistencia sanitaria»¹.

La amplia visión de la OMS sobre el papel de las TIC en la mejora de las diferentes dimensiones de la asistencia sanitaria (equidad, accesibilidad, calidad, eficiencia) contrasta con el debate que durante la última década se ha mantenido en Occidente alrededor de la telemedicina (TM) en general, y la tele dermatología (TD) en particular². La TD consiste en la aplicación de TIC a la provisión de servicios de salud en el ámbito de la dermatología. La TD representa la 3.ª aplicación mundial de TM en número de programas activos, tan solo después de la telerradiología y la telepatología¹.

Durante los últimos 15 años han sido numerosas, y de frecuencia creciente, las referencias aparecidas en la literatura en relación con la TD. Una búsqueda básica en la base de datos PubMed/MEDLINE con el término *tele dermatology* identifica 477 referencias entre 2000 y 2015. En muchos casos se trata de estudios primarios que, considerando la TD como un instrumento diagnóstico, evalúan la validez y fiabilidad de las diferentes modalidades de TD (*store and*

forward, a tiempo real, TD-móvil) con respecto a la consulta presencial con el dermatólogo³⁻⁷. En general estas evaluaciones proporcionan, en cuanto a reproducibilidad y validez de la toma de decisiones, mejores resultados para la consulta clínica presencial que para la teleconsulta. Sin embargo, no parece necesario, ni justificado, que intentemos defender las bondades de la teleconsulta en cualquiera de sus modalidades frente a los juicios, matices y decisiones que podemos alcanzar durante la evaluación presencial del paciente. La anamnesis detallada, así como la exploración física (observación y palpación) y complementaria (dermatoscopia, e incluso ecográfica) que la consulta convencional permite no pueden ser comparadas con la priorización de situaciones clínicas y reubicación de pacientes que la TD objetivamente facilita.

En otros estudios la TD ha sido evaluada como proceso asistencial o metodología de prestación de servicios. Desde esta perspectiva se ha evaluado su efectividad, satisfacción de proveedores y usuarios y eficiencia. Estas dimensiones se han medido en diferentes entornos asistenciales (urbanos, rurales, etc.) y con diferentes objetivos clínicos de la TD (cribado del cáncer de piel y/o de dermatosis generales, evaluación prequirúrgica, etc.)⁷⁻¹⁰. Desde esta perspectiva, la TD presenta claras ventajas con respecto a los procedimientos habituales de priorización y derivación de pacientes entre atención primaria y el servicio de dermatología¹¹. Desde este punto de vista, y al objeto de cerrar una década de debate, es necesario aceptar como argumento de base el hecho de que en la mayoría de los casos la teleconsulta no viene a sustituir, sino a complementar a la consulta presencial con el dermatólogo. Sin embargo, lo que la TD puede reemplazar (o está reemplazando) con plenas garantías y mejores resultados son los procedimientos de interconsulta o derivación tradicionales. Hasta la implantación de los

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos:

david.moreno.ramirez.sspa@juntadeandalucia.es,
dmoreno@e-derma.org (D. Moreno-Ramírez).

diferentes programas de TD existentes la gestión de pacientes entre niveles asistenciales o servicios diferentes se basaba en la solicitud escrita por el facultativo de atención primaria o de otra especialidad. Estos procedimientos se han mostrado claramente insuficientes para la adecuada priorización de pacientes en función de la gravedad del cuadro clínico, incluso en modelos de atención preferente a pacientes oncológicos¹¹.

Los autores de este artículo de opinión hemos expresado en diferentes foros que el principal logro de la TD en nuestro medio ha consistido en la mejora de la calidad asistencial de los procesos gestionados mediante TIC. Esta afirmación requiere que acudamos a algunas de las múltiples definiciones que sobre la calidad asistencial existen. Entre las definiciones más pragmáticas y concretas se encuentra la emitida por el Ministerio de Sanidad de El Reino Unido en 1997, según la cual la calidad asistencial consistiría en «Doing the right things, at the right time, for the right people, and doing them right the first time... the quality of the patient's experience as well as the clinical result, quality measured in terms of prompt access, good relationships and efficient administration». Pero debemos reconocer que «hacer las cosas adecuadas, a las personas adecuadas, en el momento preciso y hacerlas bien desde el principio» no han sido requisitos plenamente respondidos en la práctica de la dermatología clínica convencional. Cabría preguntarse si, bajo este concepto de calidad, debemos considerar adecuada y eficiente la atención a pacientes con lesiones cutáneas banales (verrugas vulgares, acrocordones, lipomas, etc.), o dermatosis leves y transitorias (urticarias agudas, dermatitis seborreica, etc.) en las consultas hospitalarias de los servicios de dermatología. Del mismo modo, el hecho de que se apliquen las mismas normativas y objetivos de demora máxima a cualquier solicitud de consulta en el servicio de dermatología, independientemente de la gravedad del cuadro clínico, tampoco responde a ninguno de los matices del concepto de calidad asistencial. Finalmente, la TD permite una más adecuada ubicación de pacientes a consultas monográficas, o directamente a quirófano (teleconsulta prequirúrgica, por ejemplo)⁹, e incluso la posibilidad de que un paciente con movilidad reducida o encamado obtenga una opinión especializada en su propio domicilio. Estas ventajas responden, además, a lo que deben ser estándares de atención sanitaria desde el primer contacto del paciente con el sistema sanitario.

Pero a pesar de las posibilidades que ofrece la TD los informes de la OMS, así como de otras organizaciones, reconocen la existencia de barreras que durante los últimos años han venido dificultando la generalización de programas de TD en los entornos asistenciales de rutina. Entre las barreras mencionadas por la OMS destacan los aspectos presupuestarios, especialmente en regiones en vías de desarrollo, cuestiones legales derivadas de la provisión de servicios de telemedicina a países diferentes, así como factores culturales del médico y del paciente¹.

En nuestro entorno las barreras y dificultades no han sido menores, y han tenido su base en múltiples factores. Estos factores oscilan desde la propia configuración del mapa sanitario en España a la propia visión que de la TD han tenido los servicios autonómicos de salud y los profesionales. La configuración del mapa sanitario nacional en 17 servicios de salud imposibilita el desarrollo e implantación de

estrategias comunes en TM, como recomienda la OMS. Esto genera una importante variabilidad en cuanto a cómo y para qué hacemos TD en los diferentes servicios de dermatología de nuestro territorio. La visión de la TD por parte de algunas administraciones sanitarias como una solución económica y cortoplacista al problema secular de las listas de espera ha sido uno de los principales obstáculos a la plena incorporación de la TD en nuestros servicios. La presentación de la TD como una alternativa a la visita presencial con el dermatólogo despertó las resistencias más firmes en parte de nuestro propio colectivo, que percibió esta incorporación como una amenaza a las oportunidades laborales del dermatólogo. En muchos casos estos programas de TD surgieron incluso sin participación, o con participación marginal del dermatólogo en las diferentes fases de desarrollo del proyecto ni en la identificación de necesidades. La falta de un marco legal claro y de una regulación sobre telemedicina han sido otros motivos de incertidumbre, e incluso de inquietud para los profesionales durante estos años, no digamos en los proyectos de teleconsulta entre diferentes territorios.

Después de 10 años de debate, disipadas las amenazas a la profesión, observadas las fortalezas e identificadas las áreas de mejora de la atención dermatológica mediante TM, esta década ha posicionado a la dermatología española en una posición de privilegio¹². España es el tercer país mundial en producción científica en teledermatología, tan solo después de Estados Unidos y Reino Unido (según búsqueda bajo el término *teledermatology* en el motor de búsqueda www.gpubmed.org). Además, en tan solo 5 años el número de programas de TD implantados en nuestro territorio se ha triplicado, de 21 en 2009 a 68 en 2014 (encuesta del Grupo de e-Dermatología e Imagen de la AEDV, coordinado por los Dres. Guillermo Romero y Diego de Argila).

Esta posición de privilegio nos debe trasladar a un escenario de calma que nos permita plantear un marco de trabajo en teledermatología que garantice la seguridad, tanto para el paciente como para los profesionales, así como la calidad en la prestación de servicios de TM. Este marco y objetivos pasan necesariamente por 3 principios básicos que deben convertirse en los ejes del futuro de la TD: el imprescindible liderazgo del dermatólogo en el diseño, desarrollo, implantación y coordinación de cualquier programa de TD, la incorporación obligada de cualquier actividad de TD a la cartera de servicios autorizada de los servicios de salud, y el desarrollo por las sociedades científicas y grupos de trabajo de recomendaciones y estándares para la práctica de TD de calidad.

El liderazgo del dermatólogo en el contexto de equipos necesariamente multidisciplinares —médicos de atención primaria, técnicos de TIC, decisores, etc.— permitirá, ya desde el principio, la identificación de problemas tributarios de mejora mediante la aplicación intensiva de TIC. En otras palabras, es necesario evitar en todos los casos la práctica de la TD en respuesta a una indicación de las organizaciones y servicios de salud, sin un objetivo previamente identificado como área de mejora por los expertos en la materia —los dermatólogos—.

La actividad en teledermatología debe estar necesariamente incorporada a las carteras de servicios autorizadas por los hospitales y por los servicios de salud. Superada una fase de estudio y validación, cualquier actividad en TD debe

plantearse como un programa formal, autorizado y reconocido por los centros y la administración sanitaria. Y como programa formal deberá contar con unos recursos específicos —tiempo— y un equipamiento adecuado. Además, el hecho de estar incorporada a la cartera de servicios de los centros lleva implícito el reconocimiento de la responsabilidad por parte de la organización en cuanto a la cobertura jurídica necesaria para los profesionales.

Desde el inicio del debate los profesionales implicados en programas de TD han echado en falta directrices que racionalicen el mejor uso de esta herramienta. Sin embargo, en los últimos años diferentes sociedades científicas y organizaciones afines —*American Telemedicine Association*, *British Teledermatology Society*, *American Academy of Dermatology*, etc.— han generado estándares y recomendaciones para la práctica de una TD de calidad (<http://www.americantelemed.org/>, www.bad.org.uk/healthcare-professionals/specialist-groups/british-teledermatology-society, www.aad.org/forms/policias/uploads/ps/ps-teledermatology.pdf). Se trata de documentos del máximo interés y que representan la base sobre la que estamos trabajando en el recién creado Grupo Español de e-Dermatología e Imagen (GEDEI), a petición de la Academia Española de Dermatología y Venereología. El resultado de este trabajo no debe ser otro que un marco de trabajo en TD que garantice unos estándares de calidad asistencial difíciles de alcanzar sin la aplicación racional de las actuales tecnologías de la información y comunicación.

Hablando de teledermatología, y después de una década de intenso debate, también debe llegar la calma.

Bibliografía

1. Telemedicine: Opportunities and developments in Member States: Report on the second global survey on eHealth 2009. Global observatory for eHealth Series, 2. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva, Switzerland; 2011 (consultado 26 Ene 2016). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44497/1/9789241564144_eng.pdf
2. English JS, Eedy DJ. Has teledermatology in the U.K. finally failed? *Br J Dermatol.* 2007;156:411.
3. Barbieri JS, Nelson CA, James WD, Margolis DJ, Littman-Quinn R, Kovarik CL, et al. The reliability of teledermatology to triage inpatient dermatology consultations. *JAMA Dermatol.* 2014;150:419–24.
4. Warshaw EM, Gravelly AA, Nelson DB. Reliability of store and forward teledermatology for skin neoplasms. *J Am Acad Dermatol.* 2015;72:426–35.
5. Romero Aguilera G, Cortina de la Calle P, Vera Iglesias E, Sánchez-Caminero P, García Arpa M, Garrido Martín JA. Fiabilidad de la teledermatología de almacenamiento en un escenario real. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105:605–13.
6. Bowns IR, Collins K, Walters SJ, McDonagh AJ. Telemedicine in dermatology: A randomised controlled trial. *Health Technol Assess.* 2006;10:1–39.
7. Nami N, Massone C, Rubegni P, Cevenini G, Fimiani M, Hofmann-Wellenhof R. Concordance and time estimation of store-and-forward mobile teledermatology compared to classical face-to-face consultation. *Acta Derm Venereol.* 2015;95:35–9.
8. Hayashida K, Fujioka M, Senju C. Teledermatology may play a role in reducing severity of pressure ulcers in both rural and urban settings. *Wounds.* 2014;26:89–94.
9. Ferrandiz L, Moreno-Ramirez D, Nieto-Garcia A, Carrasco R, Moreno-Alvarez P, Galdeano R, et al. Teledermatology-based presurgical management for non-melanoma skin cancer. A pilot study. *Dermatol Surg.* 2007;33:1092–8.
10. Duong TA, Cordoliani F, Julliard C, Bourrat E, Regnier S, de Pontual L, et al. Emergency department diagnosis and management of skin diseases with real-time teledermatologic expertise. *JAMA Dermatol.* 2014;150:743–7.
11. Webb JB, Khanna A. Can we rely on a general practitioner's referral letter to a skin lesion clinic to prioritize appointments and does it make a difference to the patient's prognosis? *Ann R Coll Surg Engl.* 2006;88:40–5.
12. Moreno-Ramírez D, Ferrándiz L. A 10-year history of teledermatology for skin cancer management. *JAMA Dermatol.* 2015;151:1289–90.