

Videoconsultas en Atención Primaria. Con Covid y sin Covid

"Videonconsultations in Primary Care. With Covid and without Covid"

Cad. Aten. Primaria
Año 2020
Volume 26 (3)
Páx. 19-22

Jesús Combarro Mato¹.

1 MÉDICO DE FAMILIA. C. S. DE CULLEREDO. GRUPO DE TRABAJO COMUNICACIÓN E SAÚDE DA AGAMFEC.

Recientemente un virus, no informático sino de ARN, produjo una auténtica catástrofe, que convulsionó la salud pública y personal de varios millones de personas en todo el mundo, con una morbimortalidad con la que no contábamos y para lo que no estábamos preparados. Pero esta catástrofe no sólo influyó en lo biológico y social, sino también en la esfera relacional de toda la humanidad y de los pacientes y sanitarios en particular.

Las medidas de aislamiento y distanciamiento social impusieron nuevas reglas y métodos para las relaciones entre sanitarios y pacientes. El teléfono pasó a ser el medio de comunicación más utilizado en las relaciones sanitarias, convirtiendo las consultas presenciales en telefónicas como medio para evitar el contacto y la transmisión del virus.

En algunos países como Gran Bretaña y dentro del sistema público de salud, además del teléfono se utilizan las videoconsultas desde hace ya algún tiempo (Foto 1). En España el desarrollo de las consultas telefónica fue generalizándose en todas las autonomías en los últimos años, al contrario que las videoconsultas que, salvo en alguna comunidad pionera como Extremadura en 2018¹, no están desarrolladas, algo que técnicamente es factible dado el actual progreso de las telecomunicaciones y el acceso a los medios técnicos de la población (ordenadores, tablets, smartphones, etc.).



La rápida propagación de COVID-19, y el hecho de que las instalaciones sanitarias podrían ser fuentes de contagio, ha aumentado la atención en otros modelos de atención que evitan el contacto cara a cara entre el médico o enfermera y el paciente. Ha habido un interés particular en las consultas por video, que ya se están implementando en muchos países

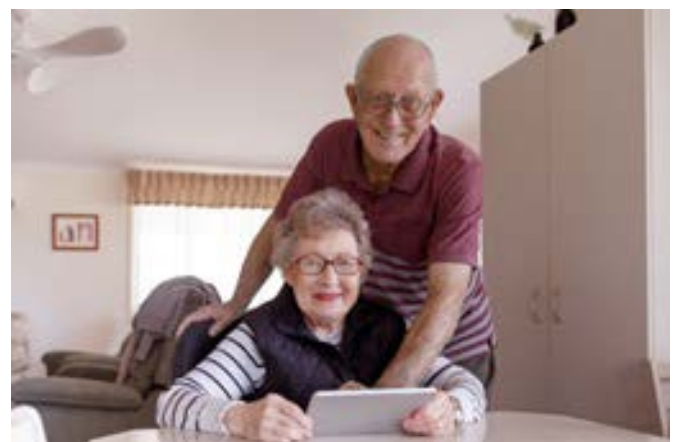
como parte de las estrategias nacionales de salud digital², porque las videoconsultas pueden proporcionar información adicional y cercanía³.

Durante los días más difíciles de la pandemia de COVID-19, hemos visto como sanitarios, en todos los niveles de atención, han tenido que usar sus propios medios digitales para comunicarse con pacientes aislados o para comunicar a pacientes en aislamiento en los hospitales con sus familiares en el exterior, en circunstancias extremas de gravedad o de últimos días de vida.

En Galicia la situación es similar al resto del país, sin una plataforma en funcionamiento que integre la posibilidad de videoconsultas.

¿QUÉ MEJORAS PUEDEN OFRECER LAS VIDEOCONSULTAS, SOBRE OTRAS FORMAS DE COMUNICARSE COMO EL TELÉFONO?

- Facilitar despedidas virtuales entre miembros de la familia y pacientes moribundos con acceso restringido (por aislamiento, lejanía...). Nadie debería verse obligado a morir solo, y nadie debería tener que soportar la carga de saber que dejaron a alguien a quien amaban para morir solo⁴.
- Otras situaciones al final de la vida cuando la visita presencial no es posible (foto 2).



- Dar información sobre diagnósticos, pronósticos o tratamientos de gravedad a familiares cuando no es posible presencialmente. Por ejemplo en la crisis COVID-19: Explicar decisiones sobre por qué un paciente en particular no recibirá un recurso escaso.
- Ofertar consultas de seguimiento a pacientes con patologías crónicas y dificultades de movilidad para su traslado a centros sanitarios, o distanciamiento de sus centros de salud.
- Acercar al paciente al personal sanitario, especialmente en zonas poco pobladas o alejadas, Se puede ofrecer asistencia cuando los

pacientes se encuentran en situaciones complicadas como un país con dificultades para acceder a los servicios de salud o en alta mar.

- Reducir costes en función del proyecto en el que se vaya a usar. Pacientes y médicos pueden ahorrar en tiempo y en desplazamientos y disminuir la presión asistencial.
- Seguimientos de determinados parámetros físicos de control, ayudados de otros instrumentos como termómetros, pesas, pulsioxímetros, electrocardiogramas, glucómetros, aparatos automáticos para tomas de la tensión arterial, medidores de flujo espiratorio máximo, etc.
- Seguimiento y supervisión de procedimientos de enfermería que puedan realizar los propios pacientes o sus cuidadores en el domicilio, seguimientos de curas, etc.
- Seguimiento de lesiones de piel, y en general todas aquellas patologías en las que la imagen, las señales visuales y la interacción con el paciente aporten datos significativos.
- Los pacientes con problemas de audición, pueden preferir el video al teléfono³.
- En situaciones de crisis como el COVID-19, la forma en que se practica la medicina cambia de manera drástica y la toma de decisiones será más incierta y difícil, con opciones también más limitadas:
 - Como la valoración telefónica de la disnea, situación que una videollamada puede mejorar, viendo respirar al paciente (al poder contar su frecuencia respiratoria, valorar la aparición de cianosis central...)⁵.
 - Pacientes con síntomas leves que sugieren coronavirus (para los cuales las señales visuales pueden ser útiles) y aquellos con síntomas más graves (cuando una consulta por video puede reducir la necesidad de visitar a un paciente potencialmente contagioso)^{2,3}.
 - Trastornos de salud mental, en aislamiento, en los que la entrevista telefónica no baste para su control o contención (trastornos ansiedad y adaptativos en los que una consulta por video puede ser más tranquilizadora que una llamada telefónica^{2,3}).
 - Asesoramiento u otra terapia de conversación, algunas revisiones de medicamentos y triaje cuando el teléfono es insuficiente².
 - La mayoría de los pacientes con COVID-19 pueden manejarse de forma no presencial con consejos sobre manejo sintomático y autoaislamiento. Aunque tales consultas se pueden hacer por teléfono, en muchos casos la videollamada proporciona información adicional y cercanía³.

Los ensayos clínicos (la mayoría de los cuales tenían poca potencia) han demostrado que las consultas clínicas realizadas a través de un enlace de video tienden a asociarse con una alta satisfacción entre los pacientes y el personal; no hay diferencia en la progresión de la enfermedad ni diferencia sustancial en el uso del servicio; y menores costos de transacción en comparación con la atención tradicional. Sin embargo, casi toda esta evidencia se refiere a muestras altamente seleccionadas de pacientes ambulatorios del hospital con problemas crónicos y estables y es en gran medida irrelevante para la situación actual del Covid-19 que involucra a pacientes con una enfermedad aguda y potencialmente grave².

¿QUÉ LIMITACIONES TIENEN LAS VIDEOCONSULTAS?

- Situaciones en las que un examen físico detallado tenga una buena indicación⁶.
- Para las primeras consultas de pacientes no conocidos, parece mucho más adecuado una consulta presencial.
- Es poco probable que las consultas por video a los hogares sean apropiadas para pacientes gravemente enfermos, cuando las comorbilidades (como estados confusionales) afectan a la capacidad del paciente de usar la tecnología (salvo que haya familiares disponibles para ayudar)².
- La preocupación de los profesionales por la calidad técnica y clínica, la privacidad, la seguridad y la responsabilidad (por ejemplo, en relación con un litigio si algo sale mal) pueden convertirse en barreras para el uso de las videoconsultas².
- Dificultades de acceso a los medios técnicos, complejidad técnica excesiva, o escasa pericia para su uso por parte de los pacientes y de los profesionales.
- Ausencia de plataformas adecuadas tecnológicamente que garanticen la confidencialidad y seguridad de datos tan sensibles como los de salud/enfermedad de las personas.
- Las limitaciones de las leyes de protección de datos de cada país. Debemos tener en cuenta que muchos países, incluidos los EE.UU., están relajando formalmente las regulaciones de privacidad y protección de datos para el uso de video y otras tecnologías de comunicación durante la crisis; Las Regulaciones Generales de Protección de Datos que se aplican en el Reino Unido y la Unión Europea ya incluyen una cláusula que exceptúa el trabajo en situaciones excepcionales de interés público³.

¿QUÉ ES NECESARIO PARA PODER REALIZAR VIDEOCONSULTAS?

Como primera condición es necesaria una plataforma técnica que soporte las videollamadas con seguridad tanto técnica como de protección de datos y que además tenga un entorno "amigable", para que el mayor número de pacientes y profesionales puedan utilizarla con facilidad.

Son posibles diferentes propuestas, desde plataformas ya existentes como whatsapp, facetime, skype, duo... algunas ya de uso muy extendido entre la ciudadanía lo que facilitaría su aplicabilidad, pero sobre las que existen sospechas de problemas de seguridad. El uso de plataformas o apps específicas para las videoconsultas es la solución adoptada por los servicios públicos de salud (Extremadura con la app CSonline, Colombia con la red RUANA para telepsiquiatría⁷, Reino Unido en su NHS con Attend Anywhere y AcuuRx...⁸ Los sistemas de salud deben proporcionar estas plataformas seguras y accesibles a profesionales y pacientes. Compañías de seguros privados como Sanitas, Mapfre o Adeslas ya ofrecen videoconsultas y entran en el mercado plataformas como Docline, la portuguesa Knok, la sueca KRY, etc.

La experiencia en el programa de consulta de video escocés sugiere que puede ser necesario el apoyo en personal para abordar problemas técnicos (como evaluar la preparación técnica e instalar cámaras web y monitores) y operativos (como identificar y rediseñar flujos de trabajo) en las primeras etapas de implementación. Es probable que la capacitación del personal clínico y no clínico y la orientación para médicos y pacientes sobre cómo aprovechar al máximo una consulta por video, ayuden a la adopción generalizada².

En Galicia parece posible el uso de la plataforma TELEA, activando un módulo para las videoconsultas, que tendría la ventaja de estar ya integrada en la historia clínica electrónica de la comunidad. El autor de esta publicación ya trasladó una petición a la Xerencia de A Coruña/ Cee del Sergas para un proyecto de pilotaje con el fin de extender las videoconsultas a toda Galicia.

Además de todo el software de la plataforma se precisa el hardware para las videollamadas que en el caso de los profesionales sería añadir una webcam y auriculares (o altavoces) con micrófono incorporado al ordenador de las consultas (foto 3). En el caso de los pacientes podrían conectarse a la plataforma elegida a través de un Smartphone, una Tablet o un PC (este tendrá que disponer de webcam y micrófono con auriculares o altavoces) y además una conexión wifi que soporte las videollamadas con la suficiente calidad para que estas sean seguras fluidas y sin interrupciones. En el caso de uso de redes móviles los pacientes deben saber los gastos extras que deberán afrontar.



En las ciudades de Galicia, tanto grandes como pequeñas, el acceso a las redes móviles y wifi de alta capacidad no deben de ser un problema generalmente, pero en los núcleos más aislados y alejados de las ciudades este acceso o no será posible o será de una calidad incompatible para el soporte de videollamadas. Una buena razón más para extender las redes de alta capacidad de datos a los ciudadanos que vivan en zonas más alejadas o dispersas.

¿CUÁL DEBE SER EL PROCEDIMIENTO PARA LA VIDEOCONSULTA?

Trisha Greengalgh et al. en una reciente publicación del BMJ relacionada con la interacción a distancia en la época Covid-19³ proponen una serie de pasos como procedimiento operativo:

1. Previamente a la conexión:

- Consultar la historia clínica y los factores de riesgo que puedan influir en la evolución de la enfermedad, en una ventana distinta a la de la videoconsulta.
- Seguir el procedimiento de conexión. Presentarse (nombre, categoría profesional) y comprobar la imagen y el sonido con el paciente, antes de comenzar la videoconsulta. Será muy importante buscar una iluminación óptima, guiando al paciente y

conseguir la fuente de luz adecuada, para que sea posible valorar determinados signos como color de piel, cianosis, orofaringe, etc. Es necesario tener una conexión telefónica alternativa para el caso de problemas de conexión.

2. Al inicio de la videoconsulta:

- Comprobar la identidad del paciente y siempre que sea posible hablar con él o ella en lugar de familiares o cuidadores. Pedir el consentimiento para el procedimiento que se vaya a realizar.
- Preguntar dónde se encuentran en ese momento y si tiene alguna dificultad para la consulta.
- Averiguar la razón de la consulta y que espera el paciente de ella.
- Realizar una evaluación general dirigida por los datos que obtengamos de sus respuestas y de las imágenes de la videollamada.

3. Realizar la Historia Clínica:

- Registrar los síntomas y signos que presente el paciente, valorando si el cuadro es leve o grave.
- Anotar la fecha del primer síntoma, la secuencia de los síntomas presentados y el uso de fármacos (inhaladores en Asma/EPOC, por ejemplo)
- Investigar posibles contactos con casos posibles o confirmados, sean convivientes o no.
- Valorar la presencia de disnea tanto con preguntas directas como teniendo en cuenta los datos extra que nos aporta la imagen como la frecuencia respiratoria o la coloración y la presencia de cianosis.

4. Valorar signos de alarma: disnea grave, dolor torácico, signos de shock, hemoptisis...

5. Exploración física no presencial.

Una exploración física tradicional no es posible en las videoconsultas pero si adaptarla para tener en cuenta determinados signos: apariencia general del paciente, color y aspecto de la piel, exploración de la orofaringe, medidas de dispositivos que el paciente pueda tener en su hogar como temperatura, peso, pulso y saturación de O₂, tensión arterial, glucemia capilar, pico de flujo espiratorio, etc., pudiendo además a través de la videollamada comprobar el correcto uso de estos dispositivos y enseñar y corregir los eventuales usos incorrectos. Al registrarlo en la historia clínica ha de quedar constancia de lo que se puede y de lo que no se puede ver (por ej. la orofaringe).

6. Valorar las enfermedades y medicaciones previas.

Conviene valorar el buen control de las enfermedades respiratorias y cardiovasculares previas, que el paciente tenga la medicación necesaria y en su caso proceder a la renovación de prescripciones crónicas y añadir las generadas por el nuevo proceso. Hay que prestar especial atención a la salud mental y aunque los instrumentos habituales de valoración no sean útiles deberemos estar atentos a un aumento de ansiedad o la aparición de problemas familiares (por ej. con los hijos al cuidado de los pacientes enfermos).

¿QUÉ REGULACIÓN EXISTE Y QUÉ RESPONSABILIDADES TIENEN LOS PROFESIONALES EN EL USO DE LAS VIDEOCONSULTAS?

Actualmente en España no hay una norma estatal específica que regule los aspectos de la digitalización sanitaria. Los profesionales sanitarios tienen normas de obligado cumplimiento que regulan los códigos deontológicos de las diferentes profesiones y que en el caso del de los médicos tiene pendiente, para una próxima revisión, la adaptación a esta

digitalización. De todas formas son de aplicación leyes fundamentales como la Ley de autonomía del paciente de 2002, la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias de 2003 y la Ley de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales de 2018.

Esto genera diversos interrogantes como la grabación de las videoconsultas, tanto por parte de los sistemas sanitarios como por los propios pacientes y donde deben de quedar guardadas. Tampoco está clara la responsabilidad jurídica de los profesionales en caso de diagnóstico erróneo, pues no es lo mismo una consulta presencial que una a través de una pantalla ya que en una consulta telemática se puede perder información necesaria para el correcto diagnóstico y por tanto no se puede exigir la misma responsabilidad en el caso de un error. Supone una revolución en la aplicación de la "lex artis" que son los criterios que utilizan los tribunales para determinar la diligencia de un acto médico y valorar hasta qué punto se puede exigir responsabilidad al profesional que lo realiza. Este análisis se lleva a cabo atendiendo a elementos como el cumplimiento de los protocolos al realizar una intervención médica, la técnica utilizada o su complejidad. La introducción de las videoconsultas llevará esta valoración a otros niveles obligando a examinar nuevos factores como la calidad de la imagen de la pantalla o si era posible distinguir bien o no determinados detalles⁹.

Por todo ello es necesaria una normativa legal específica de todo el proceso de digitalización sanitaria, de una actualización de los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias, de la actualización de los protocolos de buena práctica clínica de las sociedades científicas donde se contemplen las videoconsultas y todos los nuevos procesos telemáticos y el uso por parte de los profesionales del consentimiento informado para las videoconsultas, que en época de crisis como la del Covid pudiera ser verbal (con registro en la historia electrónica) y que al menos deberá contener información sobre cuál es el proceso en el que va a participar el paciente, que ventajas e inconvenientes tiene (y en concreto para él) y que alternativas existen, comprobando que esta información es correctamente entendida y que el paciente acepta participar en el procedimiento.

CONCLUSIONES

El uso de videoconsultas puede aportar información suplementaria necesaria para intervenciones con pacientes cuando las consultas presenciales no son posibles o pueden ser sustituidas por videollamadas con seguridad para los pacientes y con su aceptación. Deben ofrecerse a los pacientes como una alternativa opcional a las consultas presenciales y no como una obligación.

Son necesarias plataformas tecnológicas de comunicación que aseguren la confidencialidad de los datos y que al mismo tiempo faciliten su uso a pacientes y profesionales. El cambio no es simplemente instalar o usar nueva tecnología, sino introducir y mantener cambios importantes en un sistema complejo. Es probable que el proceso de implementación sea difícil e intensivo en recursos y necesitará líderes estratégicos nacionales y locales².

Los planes de estudios de pregrado y postgrado dedicados al tema de la comunicación deben adaptarse adecuadamente para preparar a los médicos para las oportunidades y desafíos que ofrecen las nuevas tecnologías en el campo de la comunicación humana. Informar al público sobre cómo y cuándo usar estos servicios es igualmente importante⁶.

Las habilidades de comunicación por sí solas no son un remedio infalible para la angustia moral, el agotamiento y el dolor del clínico frente a situaciones críticas como la del COVID-19. La comunicación es solo una parte, aunque esencial, de lo que los profesionales necesitarán para sobrevivir bien¹⁰.

Se precisa un desarrollo normativo que clarifique las obligaciones y responsabilidades de los clínicos en el uso de la tecnología digital sanitaria y más investigación específica en nuestro medio que sitúe las videoconsultas en el lugar adecuado para su mejor utilización, rendimiento y difusión como una opción dentro de la atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Web. Videoconsultas. <https://saludextremadura.ses.es/web/videoconsultas>. (Acceso 18/5/2020)
2. Greenhalgh T, Wherton J, Shaw S, Morrison C. Video consultations for covid-19. *BMJ* 2020; 368: m998. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m998>
3. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. *BMJ*. 2020;368:m1182. DOI: 10.1136/bmj.m1182.
4. Heath I. Love in the time of coronavirus. *BMJ* 2020;369:m1801 doi: 10.1136/bmj.m1801 (Published 6 May 2020)
5. VitalTalk. Guía de estrategias para la comunicación preparada para la enfermedad del coronavirus (COVID). https://www.vitaltalk.org/wp-content/uploads/VitalTalk_COVID_Spanish.pdf (Acceso 23/5/2020)
6. Car J., Sheikh A. Telephone consultations. *BMJ* 2003; 326 :966. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7396.966> (Published 03 May 2003)
7. Londoño-Jaramillo, N., Castaño-Jaramillo, P. A., Montoya, D. y Ruiz, C. Protocolo de telemedicina para la consulta psiquiátrica, *Revista Ingeniería Biomédica*, 3 (5), 43-49. doi: <http://repository.eia.edu.co/handle/11190/463>
8. General Medical Council (GB). Remote consultations. <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-hub/remote-consultations> (Acceso 23/5/2020)
9. Cortés I. El limbo jurídico de las consultas médicas online. *El País*. Negocios. 10/5/2020
10. Back A., Tulsy J.A., Arnold R.M. Communication Skills in the Age of COVID-19. *Ann Intern Med* 2020. <https://doi.org/10.7326/M20-1376>