

Videoconsultas: alcances y limitaciones

Video consultations: scopes and limitations.

Liz Hamui-Sutton,¹ José Halabe-Cherem²

Resumen

La telemedicina y las consultas por videoconferencia tienden a ser más comunes en el contexto de la pandemia actual. Este texto reflexiona en torno a la mediación tecnológica en la relación médico-paciente y la manera en que se modifica la comunicación y la responsabilidad. Un aspecto relevante se refiere al registro de los datos biomédicos necesarios para el diagnóstico y tratamiento ante la imposibilidad de la exploración física. Se alude a los programas de cómputo disponibles con tecnologías avanzadas que permiten organizar la consulta privada en modalidad virtual, así como a estrategias organizacionales innovadoras con el fin de extender los servicios médicos a distancia en el marco de la atención primaria a la salud para promover la prevención y lograr mayor justicia social. Con respecto a las videoconsultas, la educación médica tendrá un papel importante. La necesidad de desarrollar competencias en la práctica clínica es un aspecto ineludible previo al ejercicio de las videoconsultas. Los profesionales de la salud requieren experiencias, conocimientos, destrezas y habilidades para discernir cuándo una consulta puede ser netamente virtual y cuándo es necesario el encuentro presencial. En conclusión, el escrito aborda algunos de los alcances y limitaciones de esta modalidad virtual para la atención de la salud.

PALABRAS CLAVE: Telemedicina; consultas por videoconferencia; videoconsultas; relación médico-paciente.

Abstract

Telemedicine and videoconferencing consultations tend to be more common in the context of the current pandemic. This paper presents reflections on how the patient-physician relationship is affected when technological mediation exists and how communication and responsibility are modified, for example in the data collection of biomedical information necessary for diagnosis and treatment in the face of the impossibility of physical examination. The text also refers to the computer programs available with advanced technologies that allow the organization of private consultation in virtual mode. Innovative organizational strategies tend to expand also in remote medical services within the framework of primary health care to promote prevention and achieve greater social justice in health. A relevant issue with regard to video consultation concerns to medical education. The need to develop competencies and skills in clinical practice is an unavoidable aspect prior to the exercise of video consultation; health professionals require experiences, knowledge, skills and abilities to discern when a consultation can be purely virtual and when face-to-face meeting is necessary. In conclusion, this paper briefly addresses some of the scopes and limitations of this virtual modality of health care.

KEYWORDS: Telemedicine; videoconferencing consultations; Video consultations; Patient-physician relationship.

¹ División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM. Miembro de la Academia Nacional de Medicina.
² Centro Médico ABC y Presidente de la Academia Nacional de Medicina.

Recibido: 5 de noviembre 2020

Aceptado: 22 de noviembre 2020

Correspondencia

José Halabe Cherem
jhalabe@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:
Hamui-Sutton L, Halabe-Cherem J. Videoconsultas: alcances y limitaciones. Med Int Méx. 2021; 37 (2): 261-266. <https://doi.org/10.24245/mim.v37i2.4886>

ANTECEDENTES

En el contexto actual de la pandemia por COVID-19 la forma de relacionarnos ha cambiado y la mediación tecnológica es cada vez más frecuente. Los efectos en el campo de la salud también se han dejado sentir, por ejemplo, en la relación médico-paciente y en la manera de gestionar los recursos humanos, materiales y digitales para dar atención médica. En este sentido, resulta pertinente hablar de la videoconsulta que poco a poco se irá haciendo extensiva no solo para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, sino para la preservación del estado saludable de los individuos y las colectividades.

El antecedente de lo que hoy se denomina videoconsulta es la telemedicina. Con la llegada de la tecnología televisiva en conjunción con el teléfono y el telégrafo, surgieron modalidades a distancia de atención a la salud y educación médica. Algunas de sus expresiones destacadas fueron el seguimiento del estado corporal de los astronautas desde el decenio de 1960 y el apoyo lejano en lo militar de la atención médica en el campo de batalla desde la década de 1980. A la telemedicina también se le ha llamado telesalud, e-salud o atención médica virtual. Todo lo que tiene que ver con salud (programas, conferencias, sesiones educativas, entre otras) está englobado en el término más amplio de tele-salud, y lo que se refiere a la atención clínica corresponde propiamente a la telemedicina o videoconsulta.¹

Con la expansión de la era digital desde el decenio de 1990, la innovación tecnológica en el campo de la salud se ha manifestado en la creación de páginas web, aplicaciones y comunicación sincrónica y asincrónica en línea. Las videoconsultas posibilitan los servicios clínicos de salud distantes al hacer uso de telecomunicaciones interactivas con audio y video.

Se consideran tres tipos de telemedicina:² a) la tele-asistencia para la vigilancia de pacientes, lo que permite monitorear a las personas en sus casas, por ejemplo, a los pacientes con enfermedades crónicas. Se consigue por medio del uso de dispositivos que recopilan datos sobre concentraciones de glucosa en la sangre, signos vitales (presión arterial, pulso, temperatura, frecuencia respiratoria). El personal de salud puede revisar esos datos al momento desde su centro de trabajo (hospital, consultorio) y decidir si es necesario algún tipo de intervención; b) tecnología de almacenamiento y envío, que consiste en el acopio de datos clínicos y su distribución. Por ejemplo, tomar exámenes de laboratorio e imágenes de rayos X en el ambulatorio y enviarlas al momento al médico; c) telemedicina interactiva que permite a médicos y pacientes comunicarse en tiempo real, básicamente se trata de una videoconferencia, para la que el paciente puede quedarse en su domicilio o acudir al centro de salud más cercano.

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Uno de los aspectos que más se cuestiona con respecto a la videoconsulta es la relación médico-paciente. En esta pandemia el esquema tradicional que privilegia el encuentro presencial uno a uno se ha visto afectado por los riesgos de contagio. Encontrar alternativas de atención es un desafío para las instituciones y para la práctica privada. Al analizar las fases de la consulta médica, pueden apreciarse las áreas fuertes y vulnerables de la videoconsulta en contraste con la presencial.

En la bienvenida el contacto físico del saludo y el diálogo cara a cara de la consulta presencial se sustituye en la virtual por el mutuo reconocimiento en la pantalla. La fase de motivo de consulta e interrogatorio implican el intercambio de signos y síntomas además de información contextual que en ambas modalidades puede

darse, aunque algunos pacientes y médicos resienten en la virtual la lejanía afectiva que ocurre en los encuentros presenciales. Con respecto a la recolección de datos en el expediente clínico, especialmente los estudios de gabinete, en la consulta presencial el formato puede ser impreso o electrónico, mientras que en la videoconferencia es solo digital.

La exploración física es el área más vulnerable de la videoconsulta, en el encuentro presencial el médico ocupa los cinco sentidos, lo que influye decisivamente en el diagnóstico y tratamiento precedente.³ En la videoconsulta se privilegia el sentido de la vista, ante la imposibilidad de la cercanía corporal para oler, palpar y auscultar. Éste es el momento clave que define las siguientes etapas, pues el médico podrá reconocer el alcance del razonamiento clínico con la información obtenida y decidir si prosigue o no con el diagnóstico y tratamiento a distancia o requiere un encuentro presencial.

El diálogo en la anamnesis se da en ambas modalidades y los recursos didácticos para explicar el padecer del paciente pueden ser más o menos complejos. En ambas consultas los médicos ocupan modelos plastificados, carteles con infografías o dibujos. En las dos modalidades puede compartirse la pantalla y acceder a páginas web o recursos digitales dinámicos que representen la disfuncionalidad corporal en cuestión. En la consulta presencial, el paciente recibe una prescripción escrita en una receta de papel, en la videoconferencia ésta se envía por correo electrónico con indicaciones médicas y firma digital. El seguimiento de la atención médica en ambas consultas se programa con encuentros subsecuentes, ya sea presenciales o virtuales.

El paciente que busque ser atendido en videoconsulta tendrá que contar con herramientas tecnológicas y dispositivos necesarios en su domicilio para proveer información al personal

de salud. Deberá ser capaz de utilizar aparatos para medir su peso, talla, temperatura, presión arterial, pulso, oxigenación, glucosa, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y pulsos periféricos. El médico podrá orientar en el momento de la consulta a que el paciente pueda solo o con ayuda de un familiar explorar reflejos osteotendinosos, reflejos anormales, fuerza muscular, exploración de pares craneales, entre otros. En el ámbito del sistema nacional de salud, el acceso amplio a las tecnologías permitirá ofrecer atención primaria a la salud para responder a los cambios epidemiológicos y su objetivo, además de curar, será cuidar a quienes padecen enfermedades crónico-degenerativas, desnutrición, enfermedades mentales, a quienes envejecen con comorbilidades, etc. Con las videoconsultas, las comunidades urbanas y rurales alejadas podrán tener acceso a la atención en salud, lo que propicia la justicia social.⁴

PROGRAMAS PARA VIDEOCONSULTA

Los adelantos tecnológicos digitales en salud se han conjuntado en programas (*softwares*) que organizan la dinámica de las videoconsultas en la práctica privada. Hay programas que permiten organizar el calendario para otorgar citas, mantienen archivos y formatos digitalizados para que el paciente llene sus datos personales y sus antecedentes médicos, así como la posibilidad de que conozca y firme el aviso de privacidad y el consentimiento informado previo a la consulta. El programa conserva expedientes clínicos con capacidad ilimitada en la nube y ofrece mayor seguridad de la información, además, permite establecer redes para mantener comunicación directa con hospitales, laboratorios, farmacias, seguros médicos y otros miembros del equipo de salud y puede articularse con dispositivos médicos para registrar información. Pueden grabarse los eventos para que tanto el médico como el paciente puedan volver a revisarlos, los videos pueden utilizarse, además, como recursos

didácticos para los médicos en formación, reeditándolos para poner en anonimato al paciente.

Las recetas pueden emitirse de manera electrónica. El repositorio del programa permite guardar información valiosa que puede compartirse con el paciente como páginas web y aplicaciones. Desde el punto de vista de la gestión y administración de la empresa, el programa tiene espacio para controlar ingresos y egresos, calcular impuestos, facilitar el pago de la consulta con tarjetas de crédito o transferencias bancarias y facturación electrónica.⁵

Por otra parte, en el caso de las instituciones públicas de salud, la incorporación de la tecnología digital tiene el potencial de cambiar la organización y estructura de las entidades asistenciales, el médico dejará de ser quien tome la mayor parte de las decisiones y la práctica interdisciplinaria de los equipos de salud tenderá a prevalecer. La conjunción de lo presencial con lo virtual y la incorporación de más agentes de salud (trabajadores sociales, psicólogos, nutriólogos, fisioterapeutas, enfermeras, odontólogos, científicos sociales, entre otros) en el seguimiento de los padecimientos requerirán ajustes que aseguren el acompañamiento y la eficiencia en la atención para mantener a la población saludable. Los profesionales de la salud tendrán nuevos roles que desempeñar en las labores relacionadas con la medicina preventiva.

Por ejemplo, es probable que el esquema según el cual el doctor está solo en el consultorio y tiene un tiempo limitado para dar atención médica sea sustituido por consultas con equipos de profesionales cuyo objetivo esté ligado a mantener sanos a los pacientes. De la misma manera, habrá distintos espacios de atención además de los hospitales o clínicas de primer nivel, como centros de enfermería, estancias ambulatorias, farmacias, cuidado domiciliario,

grupos de apoyo, recintos de salud en el trabajo, entre otros, que buscan mayor coordinación del trabajo en equipos interdisciplinarios y la reducción de costos.

VIDEOCONSULTAS Y EDUCACIÓN MÉDICA

El tema de las consultas virtuales y la formación del personal de salud conlleva muchas preguntas que se inscriben en el contexto de incertidumbre del mundo actual. Algunas de ellas son: ¿cómo educar a los estudiantes para el ejercicio de la atención a la salud por medio de videoconsultas?, ¿se puede aprender medicina sin práctica clínica presencial?, ¿cómo saber diferenciar cuándo una consulta puede tener un desenlace virtual y cuándo no?, ¿cómo asegurar la competencia médica?, ¿cómo evitar los errores médicos en la videoconsulta?, ¿cómo orientar la educación médica hacia la atención primaria a la salud y al trabajo en equipos interdisciplinarios?

No cabe duda de que la inclusión del tema de las videoconferencias en la currícula es ineludible, también es cierto que los jóvenes estudiantes tienen incorporado el manejo de la tecnología, lo que constituye una ventaja en la operación de las plataformas y los dispositivos digitales. No obstante, la práctica clínica y comunitaria son componentes centrales en la formación del personal de salud. Los conocimientos aplicados a los casos clínicos, la experiencia de participar en el sistema de salud de manera coordinada, el trabajo en equipo, el contacto estrecho con los pacientes y sus familiares, el aprendizaje del razonamiento clínico al integrar diagnósticos diferenciales son algunas de las vivencias que se aprenden en la interacción cotidiana cara a cara. De ahí que, aunque con menor intensidad que antes de la pandemia, la formación presencial en entornos clínicos sea ineludible.

La experiencia prolongada de la práctica va afinando la mirada clínica que forma el saber

disciplinar, esa mirada es la que permite diferenciar los signos y síntomas, asociar las nosologías con el caso concreto para dar un diagnóstico y tratamiento. Esa experiencia presencial es la que se requiere también en las videoconsultas, de ahí que un profesional que no haya estado expuesto lo suficiente a la práctica clínica durante su formación difícilmente podrá ejercer el razonamiento clínico en una relación comunicativa tecnológicamente mediada. Precisamente es esa experiencia la que le permitirá discernir cuándo una consulta puede ser completamente virtual y cuándo no. El talón de Aquiles de la videoconferencia es la exploración física y los errores diagnósticos y terapéuticos pueden derivarse de ese momento crítico. En muchos casos la consulta virtual deriva en encuentros presenciales para confirmar diagnósticos y ejecutar terapéuticas, como en el caso de los pacientes que requieren una intervención quirúrgica.

Habrá que encontrar la manera de evitar que la limitada exposición a la clínica merme las competencias del personal de salud en formación. Ha habido muchas maneras de asegurarse de la adquisición de estas capacidades, como el conteo del número de horas de práctica en la atención, la supervisión de manera cercana a las acciones del aprendiz, la evaluación teórica y práctica de los conocimientos y últimamente la valoración del desempeño de las actividades profesionales confiables.⁶ En la práctica de la atención primaria a la salud, la colaboración interdisciplinaria y el trabajo en equipo pueden hacer sinergia para abordar problemas de salud individuales y sociales. Las decisiones solitarias dejarán lugar a los planes consensuados en grupos que tienen efectos en el corto, mediano y largo plazos. La orientación de la educación médica tendría que alinearse con esos objetivos, más en la prevención que en la curación, más en la procuración de la salud de la población que en la atención a la enfermedad.

CONCLUSIONES

Las videoconsultas son un recurso valioso que se irá expandiendo con la socialización de los avances tecnológicos. Tiene ventajas y desventajas, alcances y limitaciones. Entre las primeras puede afirmarse que propician mayor higiene y seguridad del paciente y del médico al evitar contagios, por ejemplo, en situación de pandemia que estamos viviendo hoy. Además, incorporan la tecnología avanzada en la consulta clínica, reducen costos, introducen modelos administrativos optimizados y maximizan el tiempo del médico y el paciente al no requerir desplazamientos. También fomentan la corresponsabilidad de los procesos salud-enfermedad, lo que estimula la participación del paciente y promueve la colaboración entre ellos y con otros profesionales de la salud. Incluso abre la posibilidad al paciente de buscar una segunda opinión y al médico de interconsultar compartiendo expedientes.

Las videoconsultas coadyuvan a la medicina preventiva, pues el automonitoreo de indicadores corporales y el acompañamiento conjunto permiten preservar la salud. Posibilitan el acceso a la atención médica en áreas geográficas remotas, igual que lo hacía la telemedicina, pero con mejores recursos tecnológicos y se propicia mayor justicia social e igualdad en el acceso a los servicios. La tecnología favorece el establecimiento de redes virtuales a distintos agentes, como instituciones de salud, hospitales y clínicas de diferente nivel de atención, así como centros de especialidades: medicina interna, ginecología, pediatría, salud mental, consultorios, farmacias, aseguradoras, médicos independientes.

Entre las limitaciones de la videoconsulta pueden mencionarse que la cercanía entre el médico y el paciente puede percibirse como lejana, no hay tacto ni miradas a los ojos, queda la percepción de una consulta incompleta. Otra limitación ya mencionada es la imposibilidad de la exploración

manual y bimanual (palpación, percusión, auscultación) por video, así como el impedimento de la exploración instrumental con estetoscopio, oftalmoscopio, otoscopio, rinoscopio, diapasón, etc. También se reconoce que las videoconferencias no funcionan para todo tipo de consultas y hay que estar consciente de las limitaciones.

La dificultad del paciente para aprender a usar los dispositivos tecnológicos y aplicaciones para su automonitoreo puede ser un obstáculo porque implica cambios en la manera en que las personas entienden su cuerpo y manejan sus problemas de salud. Por último, el costo elevado de la tecnología necesaria para la recolección de parámetros clínicos y signos vitales, así como el escaso acceso a recursos de cómputo e internet, pueden impedir la realización de la comunicación a distancia. El reto está en lograr expandir y mantener actualizados y con insumos los recursos tecnológicos a toda la población.

REFERENCIAS

1. Miller EA. Telemedicine and doctor-patient communication: a theoretical framework for evaluation. *J Telemed Telecare* 2002; 8 (6): 311-8. doi. 10.1258/135763302320939185.
2. Armfield NR, Bradford M, Bradford NK. The clinical use of Skype--For which patients, with which problems and in which settings? A snapshot review of the literature. *Int J Med Inform* 2015; 84 (10): 737-42. doi. 10.1016/j.ijmedinf.2015.06.006.
3. Kahn JM. Virtual visits--confronting the challenges of telemedicine. *N Engl J Med* 2015; 372 (18): 1684-5. doi. 10.1056/NEJMp1500533.
4. Prieto-Egido I, Simó-Reigadas J, Liñán-Benítez L, García-Giganto V, et al. Telemedicine networks of EHAS Foundation in Latin America. *Front Public Health* 2014; 2:188. doi. 10.3389/fpubh.2014.00188.
5. Allen DT, Caldwell P, Komesaroff PA, Loh PK, et al. Practical aspects of telehealth. *Intern Med J* 2013; 43: 1133-1136. doi. 10.1111/imj.12264.
6. Hamui L. Construyendo caminos hacia la educación basada en competencias: Modelo educativo para desarrollar actividades profesionales confiables. En: *Modelo Educativo para Desarrollar Actividades Profesionales Confiables*. Manual Moderno, UNAM 2020: 1-20.

AVISO PARA LOS AUTORES

Medicina Interna de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: www.revisionporpare.com/index.php/MIM/login podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.