



Cartas científicas

Tropicaltelemedicine.org: telemedicina en cooperación sanitaria 3 años después

Tropicaltelemedicine.org: Telemedicine in medical cooperation 3 years later

Sr. Editor:

La telemedicina permite acercar a pacientes y médicos que viven a millones de kilómetros¹. La facilidad para obtener material fotográfico complementario a la historia clínica convierte especialidades como la dermatología o la radiología en ideales para su aplicación en la práctica clínica, aunque a través del relato clínico, el poder comentar un caso con especialistas en diferentes áreas médicas o quirúrgicas resulta tremendamente útil en el contexto de la cooperación médica.

El beneficio repercute tanto en los pacientes atendidos como en el profesional sanitario, que a menudo se ve desbordado por el caso que tiene delante, muy diferente a los que está acostumbrado a atender por ser distinta la epidemiología del lugar o por ser requerido para atender enfermedades que no son propias de su especialidad².

En muchos países situados en la región sur del planeta (África, América del Sur o el Sudeste Asiático), los cuales se caracterizan por presentar un índice de pobreza multidimensional alto (IPM), el acceso al sistema sanitario, y particularmente a médicos especialistas, resulta muy difícil, siendo casi excepcional fuera de las grandes capitales. Los casos son atendidos a nivel de puestos de salud u hospitales de distrito, donde médicos generalistas y enfermeros deben tratar a pacientes cuyas enfermedades sobrepasan a menudo su área de conocimiento¹.

El proyecto www.tropicaltelemedicine.org nació hace 3 años^{2,3}. Se trata de una página web y una aplicación para teléfonos Android, multilingües, creadas para hacer accesible, gratuito y simple el envío de casos para consulta por cualquier sanitario que esté trabajando en un país del sur. Aporta además un espacio de formación donde se comentarán los casos más interesantes de entre los que se reciben y un apartado donde las ONG con necesidad de voluntarios en salud puedan anunciar su oferta³.

Los casos remitidos son respondidos por un especialista con experiencia en medicina tropical en menos de 24 h. Este trata de realizar un diagnóstico diferencial entre las posibilidades más factibles, y dentro de ellos propone la opción más plausible de acuerdo con la epidemiología del lugar, abordando el problema desde un punto de vista práctico y teniendo en cuenta que el que envía el caso no va a tener a su disposición demasiados medios diagnósticos ni terapéuticos.

Actualmente los casos son enviados en su mayoría por cooperantes españoles, que conocieron la página a través de la difusión realizada a través de Internet (redes sociales, cursos de medicina tropical, promoción de algunas instituciones, etc.).

De los recibidos hasta el momento, el porcentaje mayoritario de los casos son de dermatología, aunque también se han recibido de diagnóstico radiológico (Rx, eco y TC hasta el momento), oftalmología, enfermedades infecciosas, enfermedad mamaria y pediatría.

La epidemia de Ébola, la existencia de conflictos bélicos, golpes de estado o la amenaza del islamismo radical han podido condicionar la llegada de voluntarios a terreno, su perfil y el número de casos recibidos hasta el momento. África es el continente de donde más casos llegan, aunque también hemos recibido casos de América Central y del Sur.

Hemos observado que cuando nos envían imágenes, su calidad es variable y la información clínica que las acompaña tiende a ser escasa, lo que dificulta y lentifica el diagnóstico, al ser preciso solicitar información complementaria.

En gran parte de los casos no tenemos *feed-back* evolutivo, que nos permita saber cómo ha evolucionado el paciente, lo cual puede resultar frustrante.

Es fundamental el conocimiento de la epidemiología del lugar para poder proporcionar una orientación diagnóstica adecuada (la estación, el clima, la altura, etc. influyen en la aparición de enfermedades infecciosas). Herramientas como Google Earth nos han ayudado en este aspecto cuando no sabemos bien qué características presenta una determinada región dentro de un país.

La elevada prevalencia de VIH en África, el acceso cada vez más generalizado a fármacos antirretrovirales y la existencia de determinados cuadros clínicos que orientan al diagnóstico de VIH o que se correlacionan con el estado inmunitario condicionan uno de los principales aspectos a tener en cuenta a la hora de proponer un diagnóstico⁴. La realización del test de VIH es posible actualmente en muchos rincones de África y el pronóstico del paciente mejora ostensiblemente cuando resulta factible el inicio temprano del tratamiento⁵.

La rapidez en la respuesta emitida es vital en algunas ocasiones, como en el caso de pacientes con reacciones medicamentosas graves (fig. 1) o aquellos con cuadros infecciosos graves, y constituye la única manera de que pueda resultar de ayuda para el sanitario que consulta.

Para concluir, deseamos seguir recibiendo casos de diferentes rincones del planeta y esperamos que con nuestras respuestas podamos facilitar el proceso de la atención sanitaria en esos lugares. También quisiéramos poder ayudar a que más médicos se decidan a vivir la necesaria, fascinante y muy gratificante experiencia de hacer cooperación.



Figura 1. Lesiones ampollosas generalizadas de aparición rápida, despegamiento cutáneo evidente y signo de Nikolsky positivo. Cuadro clínico indicativo de necrolisis epidérmica tóxica. La retirada del medicamento causal mejora el pronóstico vital.

Bibliografía

- Weinberg J, Kaddu S, Gabler G, Kovarik C. The African Tele dermatology Project: Providing access to dermatologic care and education in sub-Saharan Africa. *Pan Afr Med J.* 2009;3:16.
- Barja JM, Berdeal M, Felpete P, Caballero P. *Tropicaltelemedicine.org: una nueva herramienta para proyectos de cooperación sanitaria.* *Semergen.* 2016;42:71–2.
- Tropicaltelemedicine.org [en línea]. Cooperación médica online [consultado 24 Feb 2017]. Disponible en: http://www.tropicaltelemedicine.org/?page_id=41.
- who.int [en línea]. HIV/AIDS. Data and statistics [consultado 24 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/data/en/>.
- Ahmed S, Schwarz M, Flick RJ, Rees CA, Harawa M, Simon K, et al. Lost opportunities to identify and treat HIV-positive patients: Results from a baseline assessment of provider-initiated HIV testing and counselling (PITC) in Malawi. *Trop Med Int Health.* 2016;21:479–85.

Juan Manuel Barja López ^{a,*}, Diego Fernández Alonso ^b y Pascual Caballero Fernández ^c

^a Servicio de Dermatología, Hospital El Bierzo, Ponferrada, León, España

^b Servicio de Radiología, Hospital Universitario de Ferrol, Ferrol, A Coruña, España

^c Médicos Sin Fronteras, MTL Moneni project, Manzini, Suazilandia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanmabarja@yahoo.es (J.M. Barja López).

<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.09.002>
0025-7753/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Agradecimientos

A todos los médicos que participan en el proyecto de forma voluntaria y a todos los cooperantes que han utilizado la plataforma online.

Supervivencia a los 10 años de nonagenarios tras el alta hospitalaria



Ten-year survival of nonagenarians after a hospital discharge

Sr. Editor:

El aumento de la esperanza de vida en los países occidentales ha llevado a un incremento de las hospitalizaciones de pacientes de edad avanzada como son los nonagenarios^{1,2}. Sin embargo, pocos estudios han analizado la supervivencia a largo plazo de estos pacientes tras un alta hospitalaria por enfermedad médica³. El objetivo de este estudio fue analizar la supervivencia a los 10 años de pacientes nonagenarios dados de alta tras una hospitalización en medicina interna y los factores relacionados con ella.

Se incluyeron todos los pacientes con edad ≥ 90 años hospitalizados consecutivamente durante un período de 4 años (2001-2005) en el servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel. El único criterio de inclusión fue haber cumplido 90 años. Se recogieron los datos sociodemográficos, el índice de comorbilidad de Charlson, el antecedente de hipertensión, fibrilación auricular, anemia, dislipemia y la situación funcional previa al ingreso mediante la Escala de Incapacidad de la Cruz Roja, que oscila entre 0 (independencia) a 5 puntos (dependencia total)⁴. Los pacientes fueron seguidos durante un período de 10 años tras el alta, recogiendo su situación (vivo o fallecido) revisando su historia clínica, la base de datos del hospital o por contacto telefónico con el paciente y/o familiares. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del hospital (Código: CON-H90-2011-01). El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS®, versión 17.0 para Windows® (Chicago, IL, EE.UU.). Se estimó la supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier. Para

identificar las variables asociadas con ella se utilizó el test Log-rank y las variables que mostraron asociación significativa en el análisis univariante se incluyeron en un análisis de regresión de Cox. Se consideró estadísticamente significativo el valor de $p < 0,05$.

De los 325 pacientes dados de alta, 121 (37,2%) eran varones. La edad media fue de 92,2 años (DE $\pm 2,3$; rango: 90-101). La mediana de supervivencia fue de 18 meses (RIQ: 5,5-45,5). La curva de supervivencia se refleja en la figura 1. La probabilidad de estar vivo a 1, 3, 5 y 10 años fue del 63, 32,3, 15,6 y 2%, respectivamente. La supervivencia a largo plazo se relacionó con el índice de Charlson ($p < 0,001$), la situación funcional ($p = 0,004$), el antecedente de demencia ($p = 0,013$), el diagnóstico de insuficiencia renal ($p = 0,02$) y de insuficiencia cardiaca ($p = 0,012$). En el análisis multivariante

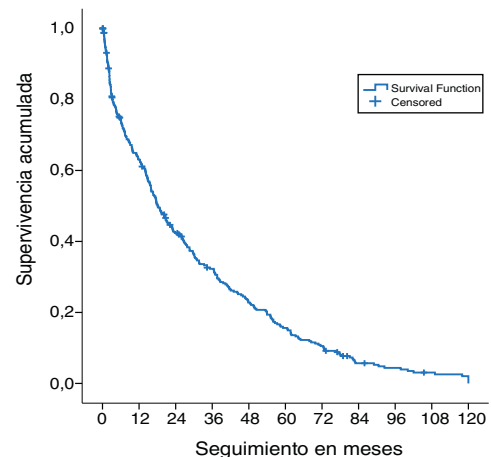


Figura 1. Supervivencia a los 10 años.