

OFICINA DE COMUNICACION A DISTANCIA

Dres. L. A. Carniglia*, M. S. D'Onofrio*, P. Elmeaudy*, J. H. González*, J. L. Torolla*, M. Castelli**

FUNDAMENTOS PARA SU CREACION

Desde sus comienzos, el Hospital ha recibido un caudal creciente de pacientes que provienen del interior del país. Con frecuencia, la familia llega al Hospital sin haber sido orientada o derivada por su médico, comprobándose luego que el traslado fue innecesario o inoportuno. La falta de una programación adecuada de la consulta genera demoras en la resolución de los problemas y perjuicios de todo orden a la familia, que podrían evitarse ofreciendo diferentes modelos de respuestas.

Por otra parte, cuando el paciente es dado de alta, la contrareferencia puede no ser un elemento suficiente para el profesional que lo recibe y debe continuar el seguimiento en su lugar de residencia. A esto debiera sumársele la posibilidad de un diálogo permanente a posteriori del alta entre los médicos tratantes.

En los últimos años se han producido modificaciones significativas en la tecnología de comunicaciones por medio del teléfono, fax, Internet y videoconferencia, que permiten facilitar intercambios entre Instituciones a cargo de un gran número de pacientes y nuestro hospital.

Dichos encuentros se pueden utilizar no solo para analizar casos clínicos de seguimiento en común, sino también para generar espacios de crecimiento de carácter docente, favoreciendo así la educación a distancia al aprovechar el recurso humano de nuestro hospital.

Se pensó concentrar en un ámbito la gestión de consulta a efectos de unificar la respuesta a la demanda desde los distintos puntos del país, estableciendo una vía permanente de comunicación. Este

método había sido utilizado con frecuencia en nuestro Hospital desde sus comienzos. Servicios como Infectología, Nefrología y otros lo han utilizado desde un principio. Faltaba sólo organizarlo a través de una unidad funcional médico-administrativa, con respaldo legal, que facilitara su encauzamiento. Adquiere forma así la idea de la Oficina de Comunicación a Distancia, surgida como una respuesta Institucional a la necesidad de establecer un nexo permanente, simple y eficaz con profesionales de todo el país, con el objetivo de facilitar la gestión de consulta y seguimiento de pacientes, así como abrir un espacio de reflexión conjunta a través del intercambio académico. (Tabla 1).

TABLA 1: OBJETIVOS INICIALES.

- Responder a consultas sobre diagnóstico o tratamiento de pacientes.
- Realizar el seguimiento conjunto del paciente en su lugar de origen con profesionales locales y del Hospital.
- Facilitar y complementar el intercambio sobre diagnóstico, evolución y seguimiento del paciente que egresa del Hospital.
- Prever turnos por Hospital de Día en los casos que se requiera derivación para diagnóstico o resolución interdisciplinaria.

En forma secuencial y en función de los resultados obtenidos en la etapa inicial se ampliaron los objetivos. (Tabla 2).

TABLA 2: OBJETIVOS. SEGUNDA ETAPA.

- Recibir estudios a distancia.
- Ofrecer información sobre normas de Diagnóstico y Tratamiento.
- Efectuar búsqueda y envío de bibliografía.
- En una etapa posterior participación conjunta en estudios epidemiológicos y ensayos clínicos.

* Area Ambulatoria - Hospital de Día Polivalente.

** Dirección Médica Ejecutiva.

Oficina de Comunicación a Distancia
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan

Recursos Necesarios

a) Espacio Físico

Por la naturaleza de las consultas a las que se esperaba dar satisfacción, así como por considerar que el espacio físico no debe ser un mero continente de un conjunto de actividades, sino que necesita ser coherente con las acciones a desarrollar, se consideró al área de Hospital de Día Polivalente como el mejor continente espacial de la OCD.

Se consideró así la estructuración de una oficina en el área mencionada, con superficie suficiente para la operación del sistema, teniendo en cuenta la dotación de Recursos Humanos y Técnicos necesaria.

b) Equipamiento Técnico

- Isla de comunicación compuesta de 2 líneas externas y conexión con el sistema de internos.
- Línea de conexión con el sistema informático hospitalario.
- Computadora con impresora.
- Scanner para transparencias (placas, diapositivas, etc.).
- Módem / Fax.

c) Recursos Humanos

- 1) Administrativo (Actividades):
 - Atiende llamados.
 - Ubica operadores.
 - Ubica especialistas.
 - Lleva registros.
 - Archiva documentación de prestaciones.
 - Rescata bibliografía.
 - Ordena consultas por Fax.
 - Tipea respuestas.
- 2) Médico Clínico Asistente (Actividades):
 - Operador del Sistema.
 - Decisor primario de la naturaleza de la consulta.
 - Representante clínico en interconsulta.
 - Responsable de la resolución de la consulta.
- 3) Médico Clínico Principal:
 - Responsable del sistema.
 - Referente clínico.
 - Referente de elección del interconsultor.
 - Interlocutor a nivel de servicio y área.
- 4) Interconsultores de Servicios.

Línea de Proceso

A los efectos operacionales se consideró un tiempo de respuesta variable de 24 a 48 horas según la complejidad de la consulta y/o necesidad de varias interconsultas. Las consultas por situaciones de emergencias fueron excluidas de este mecanismo por considerarse que los pacientes en situación de inestabilidad requieren de la observación y examen "in situ".

La línea de proceso se activa con la consulta y

sigue un mecanismo secuencial que puede observarse en la Figura 1.

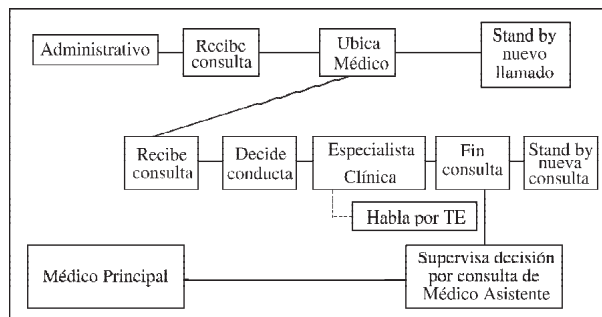


Figura 1: Línea de proceso de consulta.

El soporte de la consulta es el formulario confeccionado por la OCD, el cual es enviado por FAX

Experiencia realizada

Dado que se trataba de una experiencia de trabajo sobre la que se planteaban varios interrogantes (aceptación por parte del Usuario, utilidad de la misma, aspectos legales vinculantes, derivaciones futuras de la operatoria, etc) se decidió realizar una experiencia piloto "en vacío". Para ello se eligieron dos hospitales (Hospital de Zapala y Hospital Penna de Bahía Blanca). Comenzó a funcionar en marzo de 1997. Se realizaron trece consultas.

A partir de esta experiencia fue evidente que el sistema resultaba de gran utilidad.

Se evaluó el formulario de consulta y respuesta, la línea de proceso, las dificultades relativas para formular sugerencias acerca de un paciente que se halla en un sitio remoto, los aspectos legales, la utilidad de nuestras propuestas y factibilidad de su aplicación así como la posibilidad del seguimiento conjunto a distancia.

Se modificaron entonces algunos aspectos de la línea de proceso y se diseñó un convenio marco de funcionamiento conjuntamente con la Dirección Asociada de Asuntos Jurídicos, en el que se establece el carácter de gratuidad del servicio y se detalla el procedimiento para la consulta entre otros aspectos. Se introdujo en los casos necesarios la entrevista telefónica manteniendo el formulario de consulta como documento base.

Transcurrida esta primera etapa, en agosto de 1997 se decidió dar comienzo a la actividad convocando para ello a un grupo de Hospitales. Se seleccionaron inicialmente aquellos establecimientos públicos que fueran de máxima complejidad en cada provincia, tratando de favorecer la referencialidad provincial y nacional y que estuvieran situados a más de cien kilómetros de la Capital Federal. Se propuso participar a cuarenta y dos hospitales. Todos aceptaron la modalidad.

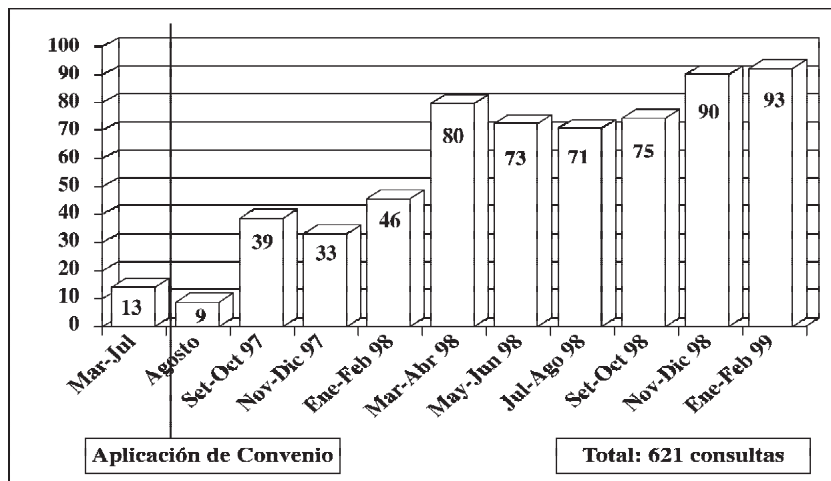


Figura 2: Consultas por bimestre.

Recientemente hemos comenzado a celebrar convenios con Hospitales de mediana y baja complejidad, algunos de ellos del área suburbana.

Hasta la fecha (febrero 1999) se han celebrado convenios con 44 hospitales.

RESULTADOS

Hasta febrero de 1999 consultaron 479 pacientes que generaron 621 consultas (Figura 2). De ellas 15 (2.41%) correspondieron a solicitudes de información bibliográfica. La distribución por especialidad puede observarse en la Tabla 3. La procedencia es muy variada (Figura 3). El tiempo de respuesta promedio ha sido de 22 horas. Se calculó el ahorro en kilómetros por recorrer (Figura 3). En base al análisis de los primeros 100 pacientes, se calculó el costo de traslado evitado (Tabla 4) Para ello se asumió la hipótesis de que todos aquellos que consultaron hubieran viajado a Buenos Aires. Además se evaluaron en ese mismo grupo de pacientes los costos evitados por el Hospital. Para considerar su probable admisión se tuvieron en cuenta los criterios de admisión de nuestro Hospital (Tabla 5). De los 479 pacientes que consultaron, 60 (12.52%) tuvieron indicación de internación en Hospital de Día, 30 (6.26%) indicación de consulta externa especializada y 12 (2.5%) de internación convencional (Figura 4).

Análisis de los resultados

Puede observarse que el 97 % de los pacientes que consultaron a la OCD hubieran sido admitidos (Tabla 3), de haber concurrido espontáneamente, lo que refleja el grado de complejidad de los problemas planteados. Si comparamos este 97% con el 21.2% que requirió admisión luego de la consulta por OCD, surge a las claras la efectividad del mecanismo como orientador de la demanda, permitiendo que la mayoría de los problemas puedan ser resueltos en el lugar de residencia del paciente. Para

aquellos que debieron concurrir, la gestión de la OCD facilitó la programación y resolución de la consulta en el menor tiempo posible. Observando la tabla X surge un claro predominio de consultas resueltas por los Médicos Clínicos. Esto se debe al alto grado de entrenamiento de dichos Profesionales para el enfoque de pacientes complejos.

El elevado porcentaje de pacientes admitidos en Hospital de Día puede atribuirse a que el Área permite enfocar problemas que requieren abordaje interdis-

TABLA 3

Especialidad Consultada	Respuestas	
	Nº	%
Anatomía Patológica	14	2.25
Biología Molecular	4	0.64
Cardiología	21	3.38
Cirugía General	16	2.57
Cirugía Plástica	8	1.28
Clínica	224	36.07
Columna	1	0.16
Crecimiento y Desarrollo	16	2.57
Dermatología	7	1.13
Endocrinología	18	2.89
Endoscopia	7	1.13
Farmacia	1	0.16
Infectología	54	8.69
Gastroenterología	9	1.44
Genética	15	3.4
Hematooncología	33	5.31
Hemodinamia	1	0.16
Hepatología	3	0.64
Hipertensión Portal	1	0.16
Imágenes	1	0.16
Inmunología	10	1.60
Laboratorio de Biología Celular	1	0.16
Laboratorio Central	5	0.80
Laboratorio de Citogenética	4	0.64
Laboratorio de Endocrinología	2	0.32
Laboratorio de Inmunología	1	0.16
Laboratorio de Pesquisa	6	0.96
Nefrología	28	4.51
Neonatología	11	1.77
Neumonología	11	1.77
Neurocirugía	1	0.16
Neurología	22	3.54
Nutrición	12	1.90
Oftalmología	15	2.41
Oncología	2	0.32
Otorrinolaringología	1	0.16
Ortopedia	8	1.28
Radioterapia	2	0.32
Reumatología	14	2.25
Trasplante Hepático	1	0.16
Urología	10	1.61
Total de Consultas	621	

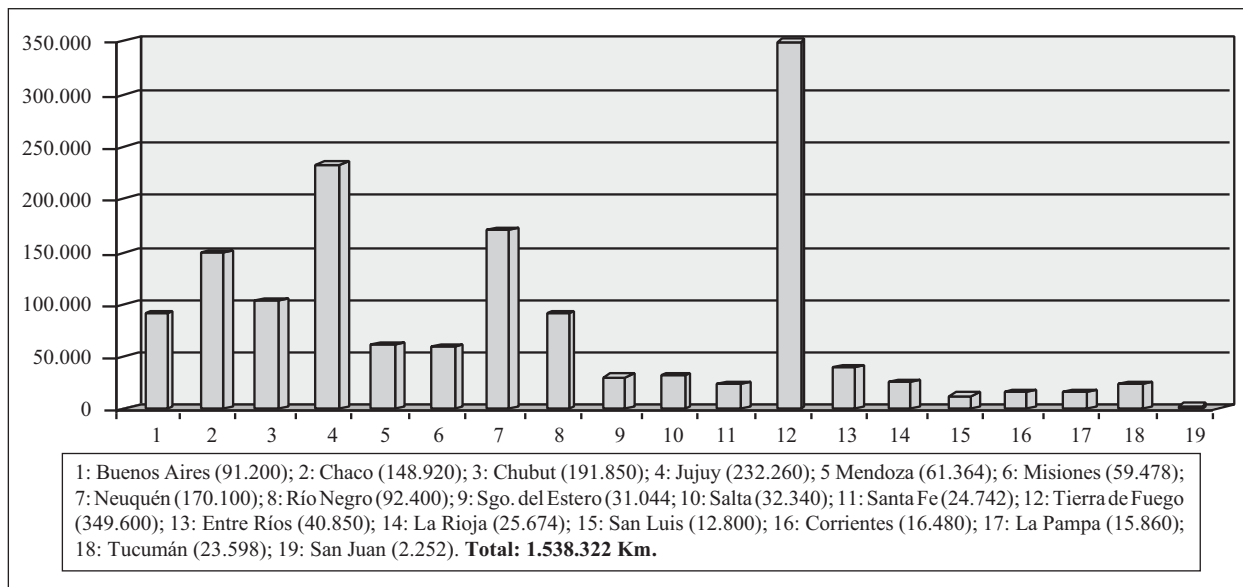


Figura 3: Probables traslados evitados en Km. Cálculo punto a punto entre capitales por la ruta más corta, con regreso.

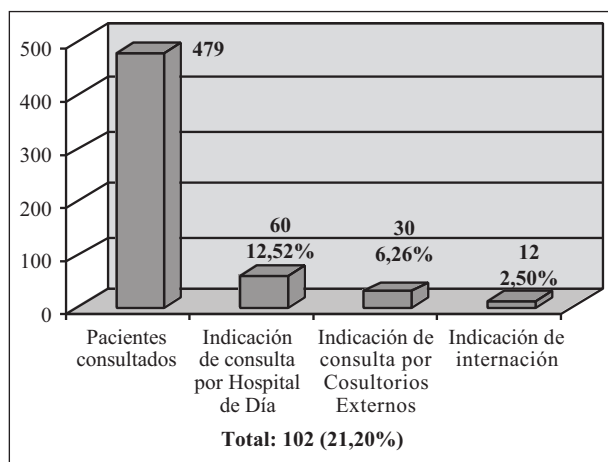


Figura 4: Porcentaje de pacientes con indicación de derivación luego de la consulta a OCD.

TABLA 4: PROBABLES COSTOS EVITADOS POR LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES.

• Traslados larga distancia (1)	\$30.455,33
• Hotelaría (2)	\$ 1.980,00
• TOTAL	\$32.435,33
(1) Se considero dos personas viajando en micro, ida y vuelta.	
(2) Se calculo sobre 66 días en Hospital de Día, en hotel de 1 estrella, base doble.	

ciplinario. Esto aparece como el mayor requerimiento de los profesionales que consultaron.

Durante el año 1997, gracias a la donación realizada por un hospital de Canadá, se incorporó a la OCD un equipo de videoconferencia. Este sistema permite el diálogo cara a cara en tiempo real, así como el envío y recepción de las más variadas imágenes. Desde entonces hemos realizado conferencias con fines docentes y asistenciales dentro y fue-

TABLA 5: PROBABLES COSTOS EVITADOS POR EL HOSPITAL GARRAHAN.

Modalidad de Atención	Pacientes N° 100 ⁽¹⁾		Días Cama ⁽²⁾	Costos
	N°	%		
CIM	34	34	272	\$ 62.920
Hospital de Día	33	33	66	\$ 8.580
Consultorio Externo Especializado	30	30		\$ 465
TOTAL	97	97	338	\$ 71.965

(1) Se evaluaron los primeros 100 pacientes que consultaron a la OCD y se estableció cuantos hubieran sido admitidos según las distintas modalidades de atención.

(2) Para CIM el cálculo se realizó en base al promedio de estadía: 8 días. En Hospital de Día la necesidad de 2 días de admisión.

ra del país. Durante el año 1998, el impulso dado a la telemedicina en nuestro país en el ámbito nacional con la creación de la Red Nacional de Telemedicina y en el ámbito del Gobierno de la Ciudad con la instalación de equipos en varios hospitales de la Capital, ha permitido incrementar la actividad asistencial y docente a través de la OCD. Asimismo se ha afianzado la relación con el Hospital For Sick Children de Toronto, Canadá y con otros centros de Estados Unidos con quienes compartimos actividades académicas.

Propuestas futuras

- Ampliar el número de hospitales conectados, sobre todo del área suburbana.
- Explorar formas de comunicación alternativas (Internet, correo electrónico, etc.) e instalación de un teléfono con características 0-800.
- Establecer un programa de Formación Continua, para Profesionales, Enfermeros y Técnicos mediante el sistema de videoconferencia.