

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE TELECONSULTA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE RESPIRATORIO

C.M. Rosa Linares, M. Barca Hernando, M. Espinoza Solano, S. López Ruz, J. Toral Marín, D. González Vergara.

¹Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS). Hospital Universitario Virgen del Rocío/Universidad de Sevilla, Spain.

Proyecto Financiado con la Beca Neumosur nº 7/2019.

RESUMEN

Objetivo: la digitalización de la historia clínica y los nuevos métodos de comunicación que proporciona la tecnología representan una oportunidad para mejorar la coordinación entre distintos niveles asistenciales. En este artículo se analiza si la implantación de la teleconsulta de Neumología ha reducido las visitas presenciales innecesarias de nuestros pacientes y su impacto sociodemográfico en nuestra área de salud.

Método: tras realizar un pequeño piloto con un centro de salud, entre noviembre 2020 y noviembre 2021 se realizó la implementación de la teleconsulta. Ésta estaba atendida cada semana por un neumólogo con tiempo en su agenda de trabajo diario. En caso de que la consulta se continuase durante más de una semana, el siguiente profesional relevaba el seguimiento. Para el presente análisis se buscaban datos de utilización y de resolución de las teleconsultas.

Resultados: se evaluaron 1.234 teleconsultas con una edad media de 60,2 (17,3) años y 628 (50,9%) hombres. Si quitamos los 3 primeros meses de implementación, a partir de febrero 2020 el promedio de teleconsultas era de 108 al mes. El motivo más frecuente era la consulta de hallazgos radiológicos diversos, mientras que el 8,1% eran sospechas de neoplasias. La mayoría de las consultas eran resueltas el mismo día (839; 67,9%). Tras la finalización de la teleconsulta, 616 (49,9%) fueron altas directas, 605 (49,0%) precisaron una cita presencial en consultas. En sólo 3 casos se remitió a urgencias y en uno se dictaminó el ingreso hospitalario.

Conclusiones: la implementación de una consulta virtual de neumología a través de un procedimiento de teleconsulta resulta un sistema innovador que es capaz de dar respuesta a las necesidades clínicas que detecta la Atención Primaria.

Palabras clave: teleconsulta; teleasistencia; enfermedades respiratorias; consulta virtual; atención primaria.

IMPLEMENTATION OF A TELECONSULTATION PROCEDURE FOR THE CARE OF RESPIRATORY PATIENTS

ABSTRACT

Objectives: the digitalization of clinical records and the new methods of communication provided by technology represent an opportunity to improve coordination between different levels of care. This article analyzes whether the implementation of teleconsultation in Pulmonology has reduced unnecessary face-to-face visits by our patients and their sociodemographic impact on our health area.

Method: after carrying out a small pilot with a health centre, the teleconsultation was implemented between November 2020 and November 2021. The patient was attended every week by a pulmonologist with time in his daily work schedule. If the consultation continued for more than a week, the next professional took over the follow-up. For the present analysis, data on the use and resolution of teleconsultations were sought.

Results: 1,234 teleconsultations were evaluated with a mean age of 60.2 (17.3) years and 628 (50.9%) men. If we exclude the first 3 months of implementation, as of February 2020 the average number of teleconsultations was 108 per month. The most frequent reason was the consultation of various radiological findings, while 8.1% were suspicions of neoplasia. Most of the consultations were resolved on the same day (839; 67.9%). After the end of the teleconsultation, 616 (49.9%) were direct discharges, 605 (49.0%) required an in-person appointment in consultations. In only 3 cases were the patient referred to the emergency room and in one case hospital admission was ordered.

Conclusions: the implementation of a virtual pulmonology consultation through a teleconsultation procedure is an innovative system that is capable of responding to the clinical needs detected by Primary Care.

Keywords: teleconsultation; telecare; respiratory diseases; virtual consultation; primary care.

INTRODUCCIÓN

La atención al paciente respiratorio se está haciendo cada día más compleja y demandante. La mayor complejidad es debida al avance de las técnicas diagnósticas, a un incremento de la población anciana y pluripatológica y a un aumento de la saturación del sistema sanitario que hacen que, con frecuencia, la atención al paciente respiratorio se vea desbordada y que,

en consecuencia, el sistema sanitario tenga dificultades para dar una respuesta eficaz¹. Este escenario empeora durante el período invernal en el que se corre el riesgo de deterioro tanto de la efectividad como de la calidad asistencial tanto objetiva como subjetiva del sistema². Esta situación mantenida en el tiempo claramente lleva a la insatisfacción del usuario y del profesional sanitario, además de generar posibles consecuencias clínicas irreversibles por una atención sanitaria demorada.

Recibido: 14.08.2023 Aceptado: 13.11.2023

Dra. Carmen del Mar Rosa Linares.
carmendelmar24@gmail.com

En este entorno, se hace necesario idear nuevas formas más eficientes para dar asistencia sanitaria a la población. Una de las opciones cada vez más demandada, especialmente tras la reciente pandemia, es la teleasistencia médica. Aunque ya llevamos décadas de iniciativas en torno a la telemedicina esta asistencia se potenció exponencialmente con la pandemia de SARS-CoV-2. Inicialmente como un simple soporte telefónico³, aunque rápidamente las tecnologías de la información y la comunicación han puesto numerosas iniciativas al servicio de la atención sanitaria. De esta manera, en estos años se ha potenciado la telerehabilitación⁴, teleespirometría⁵, telemonitorización⁷ y soporte psicológico⁸. Por lo que esta experiencia acumulada, nos ha permitido implementar una nueva forma de hacer medicina y satisfacer las actuales necesidades de nuestro sistema sanitario.

El presente estudio pretende describir los resultados de una iniciativa de teleconsulta para la atención del paciente con enfermedades respiratorias. El objetivo principal del proyecto es analizar el impacto que tiene la consulta de neumología virtual en la atención a los pacientes con procesos neumológicos crónicos de manera agregada mediante un procedimiento de teleconsulta y objetivar la cantidad de consultas presenciales ahorradas durante el periodo de un año. De manera secundaria se han analizado: las características sociodemográficas de los pacientes atendidos, la demora de respuesta por parte del neumólogo responsable y los motivos de consulta por los que han solicitado teleconsulta.

MÉTODO

Tras realizar un pequeño piloto con un centro de salud se corrigieron algunas deficiencias del sistema. Posteriormente, se mantuvieron reuniones con la Gerencia del Distrito de Atención Primaria y se dio a conocer a los centros de salud la disponibilidad de este nuevo sistema. El programa entró en vigor en noviembre 2020.

Se ha diseñado un estudio prospectivo y descriptivo cuyo periodo de reclutamiento ha sido entre noviembre de 2020 y noviembre de 2021, tiempo en el que se implementó la teleconsulta en nuestro centro. Para conseguir los objetivos de evaluación en situación de vida real, no se establecen criterios que limiten el uso de estos recursos. Por tanto, los criterios de inclusión y exclusión serán los establecidos por los propios médicos de Atención Primaria de nuestra área sanitaria. En consecuencia, no se contemplaban criterios de exclusión que limiten la derivación de pacientes a los nuevos programas de atención a crónicos.

Se estableció un neumólogo semanal como responsable de responder a las teleconsultas recibidas en un plazo máximo de 48 a 72 horas, reservándose para ello una parte de su agenda asistencial diariamente. Si el caso atendido se extendía más de esa semana, la interconsulta pasaba a ser continuada por el siguiente especialista encargado.

La teleconsulta se llevaba a cabo a través de una aplicación web específica como parte de la historia clínica digital del Servicio Andaluz de Salud. Se trata de una aplicación informática que funciona como una aplicación de mensajes de texto donde se establece una conversación asíncrona entre el neumólogo y el médico de Atención Primaria.

La recogida de la información se obtuvo de la historia clínica digital. El sistema sanitario actualmente utiliza un sistema permanente de trazabilidad activa de todos los eventos clínicos y derivaciones que recibe el centro desde Atención Primaria. Este sistema está validado y garantiza el registro adecuado en tiempo real mediante la recogida de variables de atención sanitaria. En concreto, para el presente análisis se buscaban datos de utilización y de resolución. Por este motivo, se recogieron las fechas y horas de solicitud y de resolución de la teleconsulta, la edad y el sexo del paciente, el motivo de la teleconsulta y el desenlace clínico final. En consecuencia, no se recogieron datos clínicos de los casos evaluados.

El análisis descriptivo de los datos se realizó con el programa IBM SPSS Statistics (IBM Corporation, Armonk, NY) versión 28.0. Durante el análisis de los datos, los motivos de consulta fueron evaluados por el equipo investigación y categorizados en grupos con sentido clínico. Las fechas de solicitud se categorizaron según el día de la semana y el mes del año. Con estos datos se realizó una estadística descriptiva. Las variables cualitativas se muestran con las frecuencias absolutas y relativas observadas de las categorías. Las variables continuas se describen con la media y la desviación estándar.

RESULTADOS

Entre noviembre de 2020 y noviembre de 2021 se evaluaron 1.234 teleconsultas con una proporción muy pareja entre ambos sexos, siendo el 50,9% muestral de hombres (628). La edad media es de 60,2 años. La distribución etaria de los casos está reflejada en la **figura 1**. La mayoría de las consultas eran sobre pacientes entre los 40 y los 90 años. El promedio mensual de teleconsultas es de 95 al mes, aunque con cierta variabilidad tal y como se muestra en la **Figura 2**, donde se objetiva la distribución mensual del estudio. A partir de febrero 2020 el promedio de teleconsultas fueron de 108 al mes. Estas teleconsultas

se solicitaban casi en las 24 horas del día, desde las 06:00 de la mañana hasta las 12 de la noche, con un predominio esperado entre las 08:00 y las 14:00 horas (figura 3). La hora que más teleconsultas se reciben es entre las 13:00 y las 13:59 horas.

Figura 1: Distribución etaria de los casos incluidos.

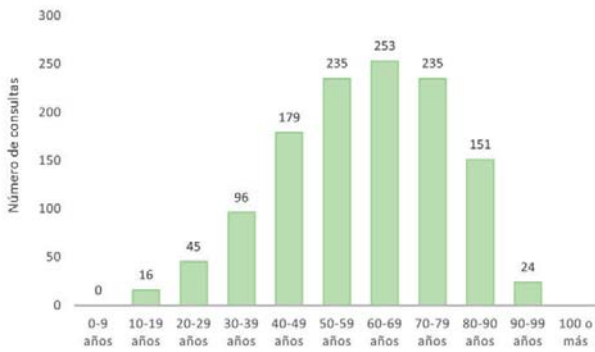


Figura 2: Distribución mensual de las consultas.

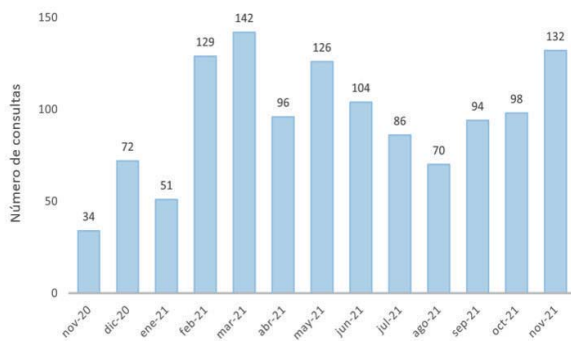
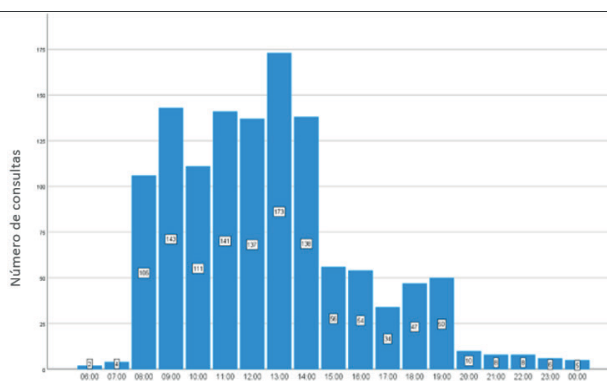


Figura 3: Distribución horaria de las consultas.



Los motivos de estas teleconsultas están resumidos en la tabla 1. El motivo más frecuente era la consulta de hallazgos radiológicos diversos, mientras que en el 8,1% eran sospechas directas de neoplasias. Durante los meses de estudio la infección por SARS-CoV-2 supuso un motivo de consulta también muy frecuente (12,2%). Otro motivo frecuente era la simple ayuda en la gestión de una cita en una consulta pendiente o bien la gestión de una prueba complementaria.

Tabla 1: Descripción de los motivos de teleconsulta.

Motivo	Resultado (n = 1.234)
Hallazgos radiológicos	380 (30,8%)
SARS-CoV2	151 (12,2%)
Sospecha de cáncer de pulmón	100 (8,1%)
Sospecha de apnea obstructiva del sueño	98 (7,9%)
Descompensación paciente EPOC	71 (5,8%)
Síndrome tusígeno	66 (5,3%)
Sospecha de EPOC	50 (4,1%)
Gestión citas o pruebas	43 (3,5%)
Sospecha de asma bronquial	42 (3,4%)
Descompensación de paciente asmático	41 (3,3%)
Tuberculosis	38 (3,1%)
Dudas diagnósticas o estudio síntomas	33 (2,7%)
Circulación pulmonar	30 (2,4%)
Oxigenoterapia	29 (2,4%)
Dudas terapéuticas	16 (1,3%)
Hemoptisis	14 (1,1%)
Terapias domiciliarias	10 (0,8%)
Sospecha o manejo de intersticiales	10 (0,8%)
Otros	12 (1%)

La respuesta a estas teleconsultas fue considerablemente rápida. La mayoría se resolvían en el mismo día (**figura 4**), mientras que las realizadas en fin de semana llevaron más tiempo en ser contestadas, como se puede observar en la **tabla 2**. Se aprecia que los viernes aumentaba el número de teleconsultas con dos días de respuesta. En esta **tabla 2**, se excluyeron 9 (0,7%) casos que no quedaron bien registradas la fecha de resolución.

Figura 4: Tiempo medio de respuesta.

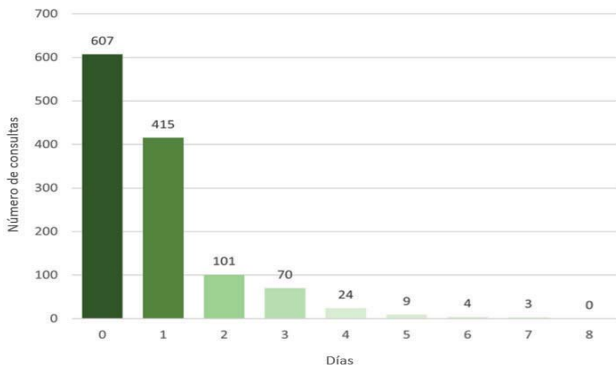


Tabla 2: Número de teleconsultas por día de la semana y tiempo de resolución.

Día	0 días	1 día	2 días
Lunes (n=223)	170 (76,2%)	39 (17,5%)	13 (5,8%)
Martes (n=242)	172 (71,1%)	61 (25,2%)	6 (2,5%)
Miércoles (n=277)	204 (73,6%)	54 (19,5%)	8 (2,9%)
Jueves (n=240)	148 (61,7%)	55 (22,9%)	8 (3,3%)
Viernes (n=229)	140 (61,1%)	18 (7,9%)	45 (19,7%)
Sábado (n=3)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)
Domingo (n=11)	4 (36,4%)	5 (45,5%)	2 (18,2%)

Tras la finalización de la teleconsulta, casi la mitad del total de pacientes atendidos, 616 (49,9%) fueron altas directas, 605 (49,0%) precisaron una cita presencial en consultas, 6 (0,5%) casos precisaron una consulta telefónica para aclarar el cuadro, 3 (0,2%) fueron remitidos al servicio de urgencias del hospital y 1 (0,1%) se realizó su ingreso en planta.

DISCUSIÓN

El presente estudio refleja la demanda absorbida y los desenlaces producidos por un sistema de consulta neumológica virtual a través de un procedimiento de teleconsulta. Nuestros datos informan de que una teleconsulta es un servicio que es posible implementarlo y que una vez establecido, es capaz de ahorrar hasta la mitad de las consultas presenciales del médico especialista en neumología, agilizando por tanto la atención médica

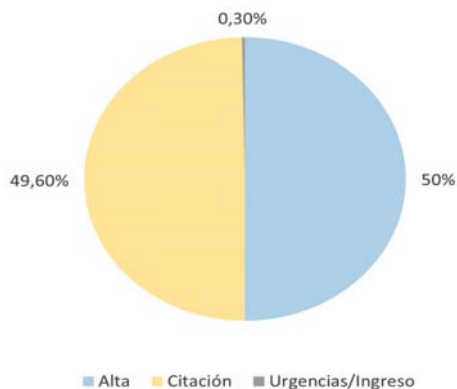
especializada y ahorrando listas de espera y carga sanitaria subyacente en neumología, agilizando por tanto la atención médica especializada y ahorrando listas de espera y carga sanitaria subyacente.

El colapso de nuestro sistema de salud, tanto en la atención especializada como en la primaria, hace que cada vez acceder a la consulta médica sea más complicado, por lo que dificulta la valoración de aquellos pacientes con patologías graves. Con la aparición de la pandemia por el SARS-CoV-2 esta disfunción del sistema se ha visto empeorada, razón por la que diversos procedimientos de teleasistencia han experimentado un impulso⁹⁻¹¹. Actualmente, estos procedimientos se han establecido y forman parte de la atención sanitaria habitual. Sin embargo, necesitan ser evaluados con el fin de que se garantice que mejoran la atención sanitaria.

En neumología contamos con experiencias de telemedicina diversas con dispositivos de telemonitorización como puede ser la teleespirometría⁶, evaluación de sangre capilar¹², de telemonitorización de infección por SARS-CoV-2¹³ o telerrehabilitación^{4, 5}. Existe alguna experiencia en la teleconsulta de trastornos respiratorios durante el sueño en la que se producía una entrevista clínica síncrona virtual y que, por tanto, precisaba de que profesional y paciente coincidiesen en un momento determinado en un entorno virtual¹⁴. Este sistema evita desplazamientos al paciente, pero al final es similar a una consulta presencial en términos de consumo de tiempo para el profesional. Una experiencia similar se ha explorado con pacientes con asma pediátrica¹⁵ en la que los autores observaron una mejoría de los cuestionarios de síntomas, pero sin impacto en otros desenlaces clínicos. En consecuencia, necesitamos entender y valorar bien las ventajas e inconvenientes de los diversos sistemas de telesalud para poder encontrar la forma que represente el mejor equilibrio entre asistencia y consumo de recursos.

Con la estrategia seguida en la implantación de nuestra teleconsulta, se han evitado el 50% de las derivaciones a las consultas de neumología. El 49,6% restante fue citado en consultas externas, sin haberse recogido como primera consulta o de continuidad, y el 0,3% precisó asistencia inmediata en urgencias o ingreso hospitalario (**figura 5**). Al comparar con la evidencia hasta ahora recogida, los datos de nuestro sistema de teleconsulta son coherentes con el resto de los estudios. En el Hospital de Santiago de Compostela, la unidad de neumología resolvió el 43,5% de las teleconsultas realizadas¹⁶. Resultados similares obtuvieron en el servicio de neumología de Tenerife¹⁷, donde se consiguió una reducción del 56% en las primeras citas.

Figura 5: Destino del paciente tras la teleconsulta.



En nuestro caso, diversos aspectos probablemente han sido cruciales en el éxito de la iniciativa. En primer lugar, los tiempos de respuesta han sido rápidos, de manera que la mayoría de las teleconsultas se respondían en el mismo día o en el primer día laborable tras la solicitud. Segundo, el trato respetuoso y cercano entre ambos profesionales y a través de una aplicación de mensajería muy similar a la que utilizan aplicaciones de teléfonos móviles hace que la relación y la fluidez de la comunicación facilite el intercambio de información y la comodidad de los interlocutores. En tercer lugar, es necesario que haya alguien encargado de esta teleconsulta cada día. En consecuencia, es necesario incluir este trabajo dentro de la agenda diaria habitual de los profesionales con la necesaria reestructuración en las agendas de trabajo. En cuarto lugar, al ser una atención asíncrona, el médico consultado no es necesario que esté en un momento determinado frente a un dispositivo de videoconferencia. Más bien al contrario, el médico consultado puede reestructurar su agenda de trabajo para responder a estas teleconsultas en el momento que le venga organizativamente mejor, con el objetivo de que sean contestadas con la mayor brevedad posible, sin establecer un número mínimo o máximo de interconsultas atendidas en la jornada laboral. De otro modo, otros modelos similares han establecido una entrada máxima de interconsultas al día para conciliar una jornada laboral con una calidad asistencial¹⁷. Finalmente, otra ventaja es que el sistema está integrado en la historia clínica digital, con lo que se puede consultar como parte de la documentación de la historia clínica.

Analizando los motivos de consulta de nuestro estudio, los hallazgos radiológicos sugestivos de patología o que generaban duda fueron los más frecuentes (30,9%), coincidiendo con un estudio de teleconsulta canadiense realizado en 2021¹⁸, seguido de consultas sobre pacientes con infección por SARS-CoV-2 (12,2%), sospecha de cáncer pulmonar y apnea obstructiva del sueño (AOS) en la misma proporción (tabla 1). Posiblemente, si se repitiese

este estudio en otro momento que no coincidiese con la pandemia por SARS-CoV-2, los motivos de consulta variarían de los obtenidos en los años 2020 y 2021.

Nuestro estudio tiene varias fortalezas. Para empezar, hay poca evidencia de los resultados en términos de eficacia y eficiencia de uso de la teleconsulta en pacientes respiratorios por lo que la aportación de este análisis de 1.234 pacientes contribuye a esclarecer incógnitas sobre estas estrategias novedosas en el campo de la sanidad. Además, el hecho de analizar a pacientes consecutivos y no tener criterios de inclusión ni de exclusión determinados por los facultativos especialistas aporta validez externa reduciendo el posible sesgo de selección.

A pesar de que nuestra teleconsulta ha demostrado dar respuesta a los problemas clínicos planteados, es necesario tener presente algunas potenciales limitaciones. Al estar basada en una aplicación de envío de mensajes asíncrona, la respuesta puede ser rápida pero no inmediata y, además, no se evalúa al paciente ni se puede explorar. Por tanto, la información que evalúa el neumólogo depende de la que provea el médico que consulta. Por otro lado, se ha cuestionado que, al ser un sistema sencillo y ágil, podría suponer un exceso de consultas banales¹⁹, por lo que es conveniente establecer criterios de consulta y derivación prefijados entre atención primaria y neumología. De otra manera, sería un uso ineficiente de los recursos.

En conclusión, la teleconsulta es un recurso que se adapta a las necesidades sanitarias actuales, permitiendo al médico de atención primaria un acceso rápido al especialista evitando al paciente consultas presenciales innecesarias con un alto grado de satisfacción entre sus usuarios y con una capacidad de evitar la presencialidad especializada de hasta la mitad de los pacientes atendidos, aligerando listas de esperas y disminuyendo recursos sanitarios para poder avanzar hacia una sanidad más eficaz y eficiente.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leduc JG, Keely E, Liddy C, Afkham A, Marovac M, Guglani S. Improving primary care access to respirologists using eConsult. *Int J Qual Health Care* 2021; 33: 3.
2. Salgado E, Antolin A, Rodríguez D, Bragulat E, Sanchez M, Miro O. [Failure of a special winter programme aimed to alleviate negative effects of winter overload on an emergency department]. *Med Clin (Barc)* 2008; 130: 286-291.
3. Lopez-Campos JL, Calle M, G. Cosío B, González Villaescusa C, García Rivero JL, Fernandez Villar A et al. Soporte telefónico al paciente con EPOC en tiempos de la COVID-19. *Open Respiratory*

- Archives 2020; 2: 179-185.
4. Cox NS, Lee JY, McDonald CF, Mahal A, Alison JA, Wootton R et al. Perceived autonomy support in telerehabilitation by people with chronic respiratory disease: a mixed methods study. *Chest* 2022.
 5. Santos CD, Rodrigues F, Caneiras C, Bárbara C. From Inception to Implementation: Strategies for Setting Up Pulmonary Telerehabilitation. *Front Rehabil Sci* 2022; 3: 830115.
 6. Marina N, Bayon JC, Lopez de Santa Maria E, Gutierrez A, Inchausti M, Bustamante V et al. Economic Assessment and Budgetary Impact of a Telemedicine Procedure and Spirometry Quality Control in the Primary Care Setting. *Arch Bronconeumol* 2016; 52: 24-28.
 7. Fekete M, Fazekas-Pongor V, Balazs P, Tarantini S, Nemeth AN, Varga JT. Role of new digital technologies and telemedicine in pulmonary rehabilitation : Smart devices in the treatment of chronic respiratory diseases. *Wien Klin Wochenschr* 2021; 133: 1201-1207.
 8. Rzadkiewicz M, Nasilowski J. Psychosocial Interventions for Patients with Severe COPD-An Up-to-Date Literature Review. *Medicina (Kaunas)* 2019; 55.
 9. Chan A, Suarez A, Kitchen J, Bradlow A. Teleclinics in rheumatology introduced during the first lockdown phase of the COVID-19 pandemic of 2020. *Future Healthc J* 2021; 8: e27-e31.
 10. Grant M, Hockings H, Lapuente M, Adeniran P, Saud RA, Sivajothi A et al. Learning from Crisis: a Multicentre Study of Oncology Telemedicine Clinics Introduced During COVID-19. *J Cancer Educ* 2022; 37: 1861-1869.
 11. Jakeman M, Khaw R, Zack-Williams S, Brackley P. Implementation of a telemedicine service to provide skin cancer care in a tertiary plastic surgery unit during COVID-19 - a comprehensive review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2022; 75: 3608-3615.
 12. Nwankwo L, McLaren K, Donovan J, Ni Z, Vidal-Diaz A, Loebinger M et al. Utilisation of remote capillary blood testing in an outpatient clinic setting to improve shared decision making and patient and clinician experience: a validation and pilot study. *BMJ Open Qual* 2021; 10.
 13. Agarwal P, Mukerji G, Laur C, Chandra S, Pimlott N, Heisey R et al. Adoption, feasibility and safety of a family medicine-led remote monitoring program for patients with COVID-19: a descriptive study. *CMAJ Open* 2021; 9: E324-e330.
 14. Verhaert DVM, Betz K, Gawałko M, Hermans ANL, Pluymaekers N, van der Velden RMJ et al. A VIRTUAL Sleep Apnoea management pathway For the work-up of Atrial fibrillation patients in a digital Remote Infrastructure: VIRTUAL-SAFARI. *Europace* 2022; 24: 565-575.
 15. Van den Wijngaart LS, Roukema J, Boehmer ALM, Brouwer ML, Hugen CAC, Niers LEM et al. A virtual asthma clinic for children: fewer routine outpatient visits, same asthma control. *Eur Respir J* 2017; 50.
 16. Álvarez JM, Toubes M, Novo JÁ et al. Cost-Effectiveness of a New Outpatient Pulmonology Care Model Based on Physician-to-Physician Electronic Consultation. *Can Respir J* 2022; 2423272.
 17. Figueira JM, Hernández MC, Batista JJ. Una nueva gestión ambulatoria basada en la consulta virtual de neumología. Una medida efectiva en tiempos de "austeridad". *ArchBronconeumol* 2016; 52: 279-280.
 18. Leduc JG, Keely E, Liddy C, Afkham A, Marovac M, Guglani S. Improving primary care access to respirologists using eConsult. *Int J Qual Health Care* 2021; 33:3.
 19. Gérvás J, Palomo L. ¿Alta o excesiva resolución? *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 315.

AGRADECIMIENTOS

A la ayuda técnica recibida de Hispamed..