



Trabajo Original

Recomendaciones sobre el uso de la telemedicina aplicada a la patología nutricional *Recommendations on the use of telemedicine as applied to nutritional pathology*

Ángel Luis Abad González¹, Miguel Civera Andrés², María Argente Pla³, Katherine García Malpartida³, Josefina Olivares Alcolea⁴, José Ramón Domínguez Escribano⁵, Mercedes Ferrer Gómez⁶, Margarita González Boillos⁷, Elena Hervás Abad⁸, Guillermo Iván Negueruela Avella⁹, Juan Ramón Urgelés Planella (*in memoriam*)¹⁰, Silvia Veses Martín¹¹, Carlos Sánchez Juan¹²

¹Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ⁵Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de San Juan. San Juan de Alicante, Alicante. ⁶Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁷Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario de Castellón. Castellón. ⁸Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia. ⁹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario del Vinalopó. Elche, Alicante. ¹⁰Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. ¹¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ¹²Departamento de Medicina. Universitat de València. Valencia

Resumen

Introducción: la telemedicina puede mejorar la calidad asistencial y el uso de recursos. La pandemia de COVID-19 ha hecho necesaria su implementación en la práctica habitual. Por ello, un grupo de endocrinólogos de la Comunidad Valenciana, Murcia y Baleares creó un comité para su desarrollo.

Objetivos: establecer unas recomendaciones para mejorar la calidad de la consulta de patología nutricional y diseñar unos indicadores para su gestión.

Metodología: se siguió la metodología Delphi con participación de 13 profesionales con el fin de alcanzar el mayor consenso. Para ello se circuló un cuestionario de 16 puntos en 3 rondas: en la primera se estableció el grado de consenso; en la segunda, los participantes tuvieron acceso a los resultados de la primera y respondieron a las cuestiones planteadas. Se consideró que había acuerdo si el consenso era $\geq 75\%$ de los participantes, y que existía acuerdo fuerte si este era $\geq 90\%$. Además, se estableció la temática de los indicadores de calidad. En la tercera se desarrollaron dichos indicadores.

Resultados: tras 3 rondas y una reunión de revisión se establecieron los sobre aspectos organizativos 5 recomendaciones con acuerdo fuerte; sobre los aspectos administrativos, 6 recomendaciones con acuerdo fuerte y 4 con acuerdo. Se seleccionaron 8 indicadores de calidad que se desarrollaron en formato de fichas.

Conclusiones: este documento recopila una serie de recomendaciones sobre cuestiones, necesidades y requisitos a tener en cuenta para una consulta telemática de calidad al paciente con patología nutricional. Así mismo, se han desarrollado unos indicadores para mejorar la calidad asistencial.

Palabras clave:

Telemedicina. Teleconsulta.
Indicador de calidad.
Calidad asistencial
sanitaria. Nutrición clínica.
Procesos de gestión
sanitaria.

Recibido: 27/10/2021 • Aceptado: 27/01/2022

Avala: este documento ha sido avalado por la Sociedad Murciana de Endocrinología, Diabetes y Nutrición (SMEDyN) y la Sociedad Valenciana de Endocrinología, Diabetes y Nutrición (SVEDyN).

Agradecimientos: los autores agradecen a Abbott Laboratories S.A. —especialmente al Dr. Germán Guzmán Rolo y a D. Juan Moro Hernández— su colaboración y asistencia en la logística de las reuniones y en la redacción médica. Abbott Laboratories SA no intervino, o influyó, de ninguna manera ni en el planteamiento, ni en los objetivos, ni en las conclusiones alcanzadas en este trabajo.

Conflictos de intereses: todos los autores declaran no tener conflictos de intereses en la realización de este documento.

Abad González ÁL, Civera Andrés M, Argente Pla M, García Malpartida K, Olivares Alcolea J, Domínguez Escribano JR, Ferrer Gómez M, González Boillos M, Hervás Abad E, Negueruela Avella GI, Urgelés Planella JR (*in memoriam*), Veses Martín S, Sánchez Juan C. Recomendaciones sobre el uso de la telemedicina aplicada a la patología nutricional. *Nutr Hosp* 2022;39(4):863-875

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.03923>

Correspondencia:

Ángel Luis Abad González. Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario de Alicante. Pintor Baeza, 11. 03010 Alicante
e-mail: angeluis1024@gmail.com

Abstract

Introduction: telemedicine can improve the standards of clinical care and use of resources. The COVID-19 pandemic has required its implementation in routine practice. For this reason, a group of endocrinologists from Valencia, Murcia and the Balearic Islands created a committee for its development.

Objectives: to establish recommendations in order to improve the quality of consultation in nutritional disorders, and to create indicators for its management.

Methodology: the Delphi methodology was followed with the participation of 13 professionals in order to reach the widest consensus. A 16-item questionnaire was distributed within 3 rounds: in the first round, the degree of consensus was established; in the second round, the participants responded to the posed questions after having access to the first-round results. Agreement was considered if $\geq 75\%$ participants reached consensus, while strong agreement was considered if consensus was reached by $\geq 90\%$. In addition, quality indicators were established. In a third round, these indicators were developed.

Results: after 3 rounds and a revision 5 recommendations with strong agreement were established based on organizational aspects. Regarding administrative aspects, 6 recommendations with strong agreement were established while 4 recommendations reached the level of agreement. Eight quality indicators were selected and developed.

Conclusions: this document compiles a list of recommendations about needs and requirements to be taken into account for a quality telematic consultation in patients with nutritional disorders. In addition, health care quality indicators have been created and developed.

Keywords:

Telemedicine. Remote consultation. Quality indicator. Quality of health care. Clinical nutrition. Process assessment (health care).

INTRODUCCIÓN

La telemedicina (TM) es la prestación de servicios de atención de la salud mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación que se realizan cuando el profesional de la salud y el paciente —o dos profesionales de la salud— no están en el mismo lugar (1-6). Estas nuevas tecnologías, en concreto la atención no presencial por consulta telemática o teleconsulta (TC) mediante teleconferencia o videoconferencia, pueden mejorar la calidad de los procesos asistenciales de las patologías endocrino-metabólicas y nutricionales, muchas de ellas crónicas, y optimizar el uso de los recursos sanitarios, haciéndolos más eficientes (4-7).

Situaciones excepcionales, como la pandemia por COVID-19 (1-7), han demostrado que la “salud digital” es una manera eficaz de atender a los pacientes desde cualquier lugar y hora (1,2,4-7). La situación sanitaria, social y económica generada por dicha pandemia supone un incentivo para ampliar de forma considerable el uso de la TC en pacientes que habitualmente vemos de forma presencial en las consultas de endocrinología y nutrición. Sin embargo, a la hora de implantar esta nueva modalidad asistencial es clave una buena planificación para ofrecer la mejor atención a los pacientes (1,4,6-8).

Una vez implantada, será necesario hacer un seguimiento y evaluación de dicha actividad asistencial mediante el uso de indicadores de gestión (9-11). Un indicador de salud es un parámetro cuantitativo que permite conocer y monitorizar la calidad del servicio que presta cualquier unidad de gestión clínica y que también permite revisar aquellos aspectos relevantes del funcionamiento de esta (9,11).

Por todo ello, y siendo la nutrición clínica una parte muy importante de la actividad asistencial en endocrinología, un grupo de endocrinólogos de la Comunidad Valenciana, la Región de Murcia y las Islas Baleares decidimos crear un comité de trabajo con la intención de que la atención nutricional mediante TC sea una actividad con la mayor calidad posible. El objetivo principal de este documento es desarrollar la TC en nutrición, ajustándola a las necesidades de profesionales y pacientes desde un punto de vista

práctico y realista. El segundo objetivo fue el desarrollo de unos indicadores de calidad de esta consulta telemática de nutrición clínica (CTNC) que permitan la toma de las decisiones más pertinentes para su gestión tras el análisis detallado de los mismos. En ambos objetivos se tomó como referencia el documento de TC de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) (7) para conseguir una asistencia nutricional innovadora, humana, eficiente y de calidad, que incluye: fichas de protocolos para la valoración de varias patologías nutricionales, criterios de inclusión y exclusión de este modelo asistencial e indicadores de calidad.

Las conclusiones de este grupo de trabajo en los diversos apartados relacionados con la CTNC se expresan en el apartado de resultados con el grado de consenso alcanzado; además, se sugieren finalmente unos indicadores que permitan evaluar esta actividad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio siguió la metodología Delphi (12) con la participación de 13 profesionales sanitarios especialistas en endocrinología y nutrición —con especial dedicación a la consulta de nutrición clínica y dietética— de diferentes hospitales de Murcia, Comunidad Valenciana e Islas Baleares. Por tratarse de un estudio cualitativo y no cuantitativo, no se fijó el número de investigadores seleccionados en función del error probabilístico. Se persiguió alcanzar un consenso entre los profesionales sanitarios implicados y para ello se circuló un cuestionario de 16 puntos en 3 rondas: en la primera se estableció el grado de consenso existente entre el colectivo; en la segunda, los participantes tuvieron acceso a los resultados obtenidos en la primera ronda y, una vez conocidos estos, respondieron de nuevo a las cuestiones planteadas. En la tercera se desarrollaron los indicadores de calidad de una TC con un grupo de trabajo específico, creado exprofeso entre el grupo de participantes del proyecto. Por último, se validó el texto final entre todos los profesionales involucrados. Los autores desarrollaron estas recomendaciones partiendo de una búsqueda exhaustiva de la literatura científica y de su propia experiencia.

Los participantes fueron instados a responder a un cuestionario sobre diversos aspectos relacionados con la CTNC mostrando su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las 16 cuestiones planteadas, que se dividían entre aspectos organizativos, clínicos y administrativos de la consulta, y una serie de indicadores de calidad que permitieran evaluar dicha actividad.

Se consideró, de modo similar a otros trabajos, que había acuerdo si el grado de consenso era mayor o igual al 75 % de los participantes y que existía acuerdo fuerte si este porcentaje era mayor o igual al 90 %.

En la segunda ronda se preguntó, además, por la temática de los indicadores que podrían ser de utilidad para evaluar la gestión de la calidad de una CTNC. Inicialmente se seleccionaron diez áreas de especial relevancia, que se ordenaron según el grado de importancia y utilidad gracias a la puntuación que cada uno de los miembros del grupo hizo de cada uno de ellos, siendo 1 la puntuación del indicador menos relevante y 10 la del más relevante. Una vez se dispuso de la selección inicial de la temática de los indicadores, ordenados de mayor a menor importancia, se procedió a establecer el número mínimo para su desarrollo, siendo el número consensuado el de seis. Con posterioridad y por decisión del grupo de trabajo específico, se ampliaron a ocho los indicadores para, de este modo, incluir indicadores que recogieran la percepción de la calidad de la atención percibida por parte de los pacientes atendidos de forma no presencial.

Finalmente, en la tercera y última ronda, el grupo de trabajo específico desarrolló los indicadores de calidad según un modelo preestablecido de ficha, que recogía los siguientes aspectos: nombre del indicador, definición, fundamento, servicio/área, tipo de indicador, criterio, estándar, fuente de datos, responsable de la medición, periodicidad de la medición, definición de términos, bibliografía y grado de recomendación de acuerdo con el sistema de calificación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (13).

RESULTADOS

Tras las 3 rondas descritas previamente y una reunión de revisión final del trabajo realizado, el conjunto de profesionales involucrados llegó al siguiente consenso:

ASPECTOS ORGANIZATIVOS CLÍNICOS

1. En general, las primeras visitas de patología nutricional deben realizarse de forma presencial, si bien cualquier patología nutricional puede, en algún momento de su evolución, beneficiarse de una atención no presencial. ACUERDO FUERTE (93 %). En este sentido conviene recordar la premisa hecha por la Organización Médica Colegial (OMC) y el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CG-COM) en el Documento de Telemedicina en el Acto Médico: "El médico debe considerar en todo momento los límites de la telemedicina y recurrir a una consulta presencial ante la mínima duda" (2).

2. En los casos en que sea necesaria la valoración física del paciente, p. ej., la confirmación de una disfagia orofaríngea mediante la realización de una exploración clínica de volumen-viscosidad, no deberán realizarse visitas no presenciales. ACUERDO FUERTE (93 %). Esto coincide con lo postulado por la OMC y el CG-COM: "No considerar candidatos a la telemedicina a aquellos pacientes nuevos que, por su complejidad, precisan una exploración física para su evaluación" (2).
3. El conjunto mínimo de datos que deberá figurar en una visita no presencial será: antecedentes y tratamientos de interés, anamnesis dirigida (incluida encuesta dietética), antropometría mínima referida por el paciente (peso y talla, a ser posible real, pérdida de peso en tiempo determinado), exploraciones complementarias, diagnóstico nutricional (según criterios GLIM), otros diagnósticos de interés, cálculo de requerimientos, y tratamiento nutricional y farmacológico establecido. Sería conveniente la introducción de medidas antropométricas sencillas (circunferencia de la pantorrilla, del brazo, etc.). ACUERDO FUERTE (94 %).
4. Respecto a los tipos de visita no presencial, en general puede haber visitas administrativas, clínicas y protocolos establecidos (como, por ejemplo, interconsulta no presencial para nutrición enteral domiciliaria, NED), aunque frecuentemente pueden combinarse los tres tipos en una única visita. ACUERDO FUERTE (91 %).
5. Respecto a otras consultas no presenciales de las unidades de nutrición clínica y dietética (UNCyD), como las de enfermería y dietistas-nutricionistas, es conveniente su implementación progresiva, preferentemente con visitas de seguimiento. ACUERDO FUERTE (92 %). Creemos interesante citar la recomendación del documento de Teleconsulta en Endocrinología y Nutrición en tiempos de la pandemia de COVID-19 y más allá de la SEEN: "La teleasistencia se ha presentado como una necesidad y una obligación en tiempos de pandemia y ahora debe potenciarse como un escenario asistencial complementario a otros más clásicos" (7).

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS GENERALES

1. Las CTNC, a pesar de sus características diferenciales, tienen un nivel de complejidad similar o incluso superior al de las consultas presenciales. ACUERDO FUERTE (99 %).
2. El tiempo disponible para su realización debe ser el mismo que el asignado a una consulta presencial. ACUERDO FUERTE (96 %). Ambas recomendaciones son muy importantes y deben ser reconocidas por la dirección-administración a la hora de la organización y evaluación de la asistencia. De hecho, el Documento de Telemedicina en el Acto Médico de la OMC y el CG-COM considera: "La actividad no presencial debe ser considerada de igual importancia que la clásica ya que necesita tiempo y reflexión por parte de médico y paciente para evitar errores y precipitaciones, con la dificultad sobreañadida de no contar con una exploración física ni con la comunicación no verbal, que tan importantes son en el acto médico" (2).

3. Consideramos adecuado que el porcentaje concreto de visitas no presenciales respecto al total en la organización de la agenda de consultas externas de patología nutricional (en general, del 25-50 %) se decida de manera individualizada según las características específicas de cada consulta (complejidad, movilidad de los pacientes, etc.). ACUERDO FUERTE (95 %).
4. Los pacientes deberán estar previamente informados de la próxima realización de una consulta no presencial en cuanto a día concreto y hora aproximada, siendo esta consulta en un día único y fijo a la semana: ACUERDO FUERTE (90 %).
5. Consideramos como “no respuesta a una citación en una CTNC” a tres llamadas sin contestar a lo largo de la jornada elegida para la resolución de la consulta telemática. ACUERDO (86 %).
6. En el caso de no respuesta a una citación en una CTNC por parte del paciente, el consenso alcanzado recomienda recitar en otro día, lo más pronto posible, para la resolución del caso. Si no hay respuesta a esa segunda cita, y dado que el paciente o el cuidador principal ya estaban informados previamente de esta visita telemática concertada, ellos serán los encargados de contactar con la UNCyD para resolver la consulta pendiente, siguiendo las vías habituales establecidas. ACUERDO (76 %).
7. Tras finalizar la CTNC, consideraremos necesario remitir al paciente —por el canal previamente establecido en cada centro sanitario— un informe de la visita no presencial, así como la documentación que se genere: analíticas, interconsultas a otros servicios, citaciones de exploraciones complementarias, cita de la próxima consulta y tipo de consulta (presencial o telemática), informe justificante de la consulta, etc. ACUERDO (89 %). Con esta medida se pretende asegurar que la información de que necesita disponer el paciente tras la finalización de la CTNC quede recogida en un documento, facilitándose así la seguridad del acto médico realizado. Del mismo modo, el paciente conocerá todos aquellos estudios que sea necesario realizar de cara a la siguiente consulta.
8. Dentro de la visita no presencial o TC, la videoconferencia aporta grandes ventajas sobre la teleconferencia y creemos que deberá estar disponible siempre que sea posible. NO ACUERDO (69 %). Al establecerse un vínculo visual con el paciente se fortalece la relación clínico-paciente más allá del contacto telefónico exclusivo. Permite obtener más información del caso, p. ej., la valoración de la presencia de edemas, y contribuye a una mejor comprensión, por parte del paciente, del acto médico realizado. Para garantizar la confidencialidad de las imágenes, la información o cualquier otro hecho relevante que se genere en dicha consulta, se deberán usar tecnologías que permitan la máxima seguridad. La SEEN, en su documento Teleconsulta en Endocrinología y Nutrición en tiempos de la pandemia COVID-19, recomienda el uso de plataformas o aplicaciones que cuenten con cifrado de extremo a extremo (7).
9. Los participantes consideraron adecuado que el uso de determinadas herramientas, y otros aspectos a considerar, sería especialmente útil para el desarrollo y óptimo funcionamiento de estas consultas. En este sentido se solicita disponer de: a) un teléfono móvil que permita el uso de aplicaciones útiles para el proceso y que se emplee para atender consultas y necesidades de los pacientes; b) un correo corporativo a disposición de los pacientes; c) personal administrativo para su gestión. ACUERDO (86 %). Para poder desarrollar el máximo potencial posible en este tipo de consultas es necesario disponer de aquellos dispositivos, aplicaciones digitales y recursos que sean precisos. En este punto del documento se establecieron, por consenso entre el grupo, las necesidades básicas de recursos tecnológicos necesarios para el adecuado desarrollo de este tipo de consulta.
10. Tras una CTNC, estimamos adecuado que la elección de un seguimiento de tipo presencial o de tipo telemático la establezca el clínico responsable, como en todo acto médico, y según lo considere oportuno por las características del caso. Consideramos la consulta presencial el “patrón oro” en la atención sanitaria, pero son evidentes también los beneficios que aportan las consultas no presenciales. En este sentido, coincidimos plenamente con lo expresado por la Comisión Central de Deontología del CG-COM, en su Documento de Telemedicina, que la CTNC, como acto médico que es, “...siempre será el médico quien interprete la situación y decida la respuesta adecuada que ofrecerá a cada paciente...” (2). ACUERDO FUERTE (99 %).
11. Con un grado de consenso elevado se recuerda a las Administraciones Sanitarias, la obligación de hacer cumplir en los protocolos de TM todos los requisitos legales, regionales, nacionales y europeos (ACUERDO FUERTE (96 %)) y de facilitar la tecnología necesaria que garantice la mejor calidad asistencial y el cumplimiento de la normativa legal. ACUERDO FUERTE (99 %). Estimamos adecuado y pertinente lo manifestado en el Documento de Telemedicina en el Acto Médico de la OMC: “...las Administraciones Sanitarias... establecerán las herramientas técnicas y regulaciones adecuadas para el uso de la telemedicina en la actividad profesional del facultativo en las condiciones de seguridad exigidas.” (2).

INDICADORES DE INTERÉS EN UNA CONSULTA DE TELEMEDICINA DE UNA UNIDAD DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y DIETÉTICA

Los temas a desarrollar en cuanto a indicadores de gestión tras las rondas previas fueron: porcentaje de diagnósticos de patología nutricional, demoras, pacientes portadores de sonda para nutrición, pacientes portadores de ostomía, prescripción de NED, ratios primeras/sucesivas, satisfacción del usuario y aceptación de la continuación de una CTNC. Con ello, la relación de indicadores de gestión de calidad elegidos finalmente se refleja en la tabla I. El desarrollo de estos indicadores se muestra, en forma de fichas, en el Anexo 1.

Tabla I. Relación de indicadores de calidad

1.- Ratio/relación entre visitas primeras y visitas sucesivas de una consulta telemática de nutrición clínica
2.- Demora en la realización de visados de nutrición enteral domiciliaria en una consulta telemática de nutrición clínica
3.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de desnutrición relacionada con la enfermedad/total atendidos en una consulta telemática de nutrición clínica
4.- Paciente portador de sonda nasogástrica entre los pacientes con nutrición enteral prolongada de una consulta telemática de nutrición clínica
5.- Pacientes portadores de ostomía para nutrición del total de pacientes atendidos en una consulta telemática de nutrición clínica
6.- Porcentaje de prescripción de nutrición enteral domiciliaria/total atendidos en consulta de telemedicina de nutrición clínica
7.- Satisfacción del usuario con una consulta telemática de nutrición clínica
8.- Aceptación continuación del usuario con una consulta telemática de nutrición clínica

DISCUSIÓN

De un modo progresivo, y de la mano de los avances tecnológicos, la TM tiene un papel cada vez mayor en la asistencia sanitaria, siendo fundamental su empleo en aquellas ocasiones donde no ha sido posible realizar consultas de modo presencial, o bien especialmente en situaciones de urgencia o catástrofes (2). Así, el primer servicio realizado de TM en España —tal y como lo entendemos en la actualidad— se remonta a 1996 y consistió en una conferencia vía satélite entre el Hospital Gómez-Ulla y el centro médico del destacamento militar localizado entonces en Bosnia-Herzegovina (14).

En nuestro país, por el momento, no existe un marco legal aplicable a la TM que la regule. Aun así, se deben tener en cuenta ciertas consideraciones y referencias legales vigentes en la actualidad, como son: la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que regula la autonomía del paciente así como sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y su dispensación; la Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la información y de comercio electrónico, y el Reglamento UE 2016/679 relativo a la protección de las personas físicas respecto al tratamiento de datos personales (15-18). Así mismo, es necesario considerar los aspectos éticos involucrados en la protección de datos de carácter personal en los medios digitales (19).

Con el paso de los años y la incorporación de nuevas herramientas tecnológicas, como ha sido la historia clínica electrónica, se han desarrollado distintas modalidades de TM en los servicios de endocrinología que han facilitado una mejora en la atención de distintas patologías, como, por ejemplo, el caso de la TC para la indicación y prescripción de la nutrición enteral domiciliaria.

Históricamente, en Europa, la mayoría de las consultas de TM realizadas han tenido como objetivo, en primer lugar, aspectos

relacionados con la prevención de enfermedades y, en segundo lugar, con el tratamiento de las mismas. Es este sentido, la mayor utilidad de este tipo de consulta se ha puesto de manifiesto en el seguimiento y manejo de pacientes crónicos y en Atención Primaria (20,21).

La pandemia actual de COVID-19 obligó a los sistemas sanitarios a limitar la atención sanitaria presencial a las situaciones que estrictamente fueran necesarias, potenciando toda acción que pudiese realizarse mediante TM. Por otro lado, este beneficio demostrado en esta situación excepcional pone de manifiesto el hecho de que este tipo de consultas, de un modo u otro, va a incorporarse definitivamente a nuestros sistemas de salud (22). Desde el inicio de su implementación, la organización de esta atención, del modo más seguro y eficaz, se convirtió en una necesidad en la práctica asistencial diaria (23). Esta es la idea que motivó la elaboración de unas recomendaciones que recogieran aquellas ideas, premisas y principios prácticos a tener en consideración en una consulta de TC en el ámbito de la nutrición clínica y realizada por un grupo de clínicos con experiencia en la misma. Por otro lado, la implementación de una consulta de TM debe realizarse acorde con los mejores estándares de calidad existentes para estar a la altura de unos tiempos actuales en los que los pacientes, los profesionales sanitarios y los gestores están cada vez más preparados, son más responsables y exigen la incorporación a la práctica asistencial habitual de los avances tecnológicos ya disponibles y utilizados en la vida cotidiana. Valorar sus efectos en los resultados de salud inmediatos, intermedios y a largo plazo, así como su impacto en el proceso asistencial del paciente desnutrido o en riesgo de desnutrición, precisa de la comparación de lo que se hace en el día a día con unos referentes teóricos preestablecidos (estándares). Del análisis y estudio de las discrepancias entre el día a día y los objetivos teóricos deseados surgirá la información que permitirá valorar las áreas de mejora y pondrá en valor aquello que

se realiza de modo adecuado. En ese sentido, el desarrollo de unos indicadores de calidad facilitará la evaluación y control del proceso. Con esta premisa se desarrollaron unos indicadores, en forma de fichas, que recogieran adecuadamente las características, los requisitos y la información necesarios. Este desarrollo incluye aspectos tales como la relevancia del indicador, que esté basado en la evidencia científica, su flexibilidad y adaptación al día a día asistencial, su integración con los sistemas informáticos empleados y la posibilidad de establecer comparaciones entre centros que permitan el “benchmarking” (7).

CONCLUSIONES

La atención no presencial de pacientes con patologías endocrino-metabólicas y nutricionales es una realidad que, en mayor o menor medida, va a quedar incorporada a la práctica asistencial habitual de las unidades de nutrición clínica y dietética. Esta TM, aplicada a la patología nutricional, servirá para complementar a la atención presencial y proporcionar más y mejores cuidados, y permitirá extender el beneficio de la atención nutricional a una mayor cantidad de pacientes.

Este documento recopila —en forma de recomendaciones— aquellas cuestiones, necesidades, requisitos y aspectos a tener en cuenta que un grupo de expertos en nutrición considera pre-

cisos para una atención de calidad al paciente desnutrido o en riesgo de desnutrición.

Así mismo, se han desarrollado en forma de fichas aquellos indicadores de calidad que, llevados a la práctica, aportarán información precisa para la toma de las decisiones más pertinentes en la gestión de una consulta telemática, tras el análisis detallado de los mismos.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES AL ESTUDIO

Ángel Luis Abad González, Miguel Civera Andrés y Carlos Sánchez Juan han sido los coordinadores del proyecto y redactores del manuscrito. Ángel Luis Abad González, María Argente Pla, Miguel Civera Andrés, Josefina Olivares Alcolea, Katherine García Malpartida y Carlos Sánchez Juan han formado el Grupo de Trabajo específico que han redactado los indicadores de calidad. Ángel Luis Abad González, María Argente Pla, Miguel Civera Andrés, José Ramón Domínguez Escribano, Mercedes Ferrer Gómez, Katherine García Malpartida, Margarita González Boillos, Elena Hervás Abad, Guillermo Iván Negueruela Avella, Josefina Olivares Alcolea, Carlos Sánchez Juan, José Ramón Urgelés Planella y Silvia Veses Martín han participado en las rondas de preguntas, las reuniones y revisiones que han dado base a este documento.

ANEXO 1. FICHAS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD

1) RATIO ENTRE VISITAS PRIMERAS Y VISITAS SUCESIVAS DE UNA CTNC	
Nombre del indicador	Ratio de primeras/sucesivas en la CTNC
Definición del indicador	Cociente entre las consultas primeras y las consultas sucesivas de una consulta CTNC
Fundamento	Cuantifica la media de visitas necesarias para resolver un episodio de consultas en un paciente. Amplio uso en los acuerdos de gestión. Debe considerarse el grado de cronicidad y morbilidad de la patología a tratar
Fórmula	Número de primeras visitas/número de consultas sucesivas
Servicio/Área	Consultas externas de servicios/secciones de endocrinología y nutrición con o sin unidades de nutrición clínica y dietética (UNCyD) adscritas. Servicios de admisión y documentación clínica
Tipo de indicador	Proceso.
Criterio	Actividad, resolución y rendimiento de consultas <i>Excepción:</i> ninguna
Estándar	P/S > 0,2
Fuente de datos	Historia clínica electrónica
Responsable de la medición	Servicios de admisión y documentación clínica (UDCA). Coordinador (gestor) de UNCyD
Periodicidad de la medición	Cuatrimestral

(Continúa en página siguiente)

ANEXO 1 (Cont.). FICHAS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD

Definición de términos	<p><i>Primera consulta:</i> consulta en la que un paciente recibe por primera vez asistencia en régimen ambulatorio en una CTNC. Se consideran como primeras consultas las citas provenientes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención Primaria - Atención Especializada (incluidas las procedentes de otras organizaciones de servicios de Atención Especializada como son hospitales o ambulatorios). <p><i>Consultas sucesivas:</i> consultas en las que un paciente recibe asistencia en régimen ambulatorio por una misma entidad patológica, en una CTNC; realizadas mensualmente y que no quedan incluidas en el concepto de primera consulta. Pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sucesiva de resultados: es una consulta sucesiva en la que se valoran las pruebas o exploraciones complementarias solicitadas en la primera consulta - Sucesiva ordinaria/revisión: es la consulta sucesiva que no queda incluida en la definición anterior
Grado de recomendación (GR). De acuerdo con el sistema de calificación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	GPP (mejores prácticas recomendadas/consenso de expertos) (24,25)
2) DEMORA EN LA REALIZACIÓN DE VISADOS NED EN UNA CTNC	
Nombre del indicador	Demora en los visados NED en la CTNC
Definición del indicador	Tiempo de demora en que se realizan los visados de NED en la CTNC, en días
Fundamento	Es necesario que los pacientes en riesgo de desnutrición o desnutridos a los que se prescribe nutrición enteral domiciliaria la reciban lo antes posibles para evitar las complicaciones derivadas de la DRE
Fórmula	Número de días desde que se solicita a la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética un visado de NED hasta que se envía dicho visado a los servicios de inspección
Servicio/Área	Todos los servicios médicos y quirúrgicos del hospital, Atención Primaria y centros sociosanitarios. Servicios de inspección. Consultas externas de servicios/secciones de endocrinología y nutrición con o sin unidades de nutrición clínica y dietética (UNCyD) adscritas
Tipo de indicador	Proceso
Criterio	Interconsulta telemática a nutrición clínica para visado NED (nutrición enteral domiciliaria)
Estándar	Menos de 7 días
Fuente de datos	Historia clínica electrónica
Responsable de la medición	Servicios de admisión o de documentación clínica del hospital
Periodicidad de la medición	Trimestral
Definición de términos	Consulta telemática: visita no presencial. Demora: retraso en la realización del visado de nutrición enteral
Grado de recomendación (GR). De acuerdo con el sistema de calificación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	GPP (mejores prácticas recomendadas/consenso de expertos) (26)
3) PORCENTAJE DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DRE/TOTAL DE ATENDIDOS EN UNA CTNC	
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes diagnosticados de DRE/total atendidos en la CTNC
Definición del indicador	Porcentaje de pacientes diagnosticados de DRE que son atendidos en la CTNC con respecto al total de los pacientes atendidos en la misma
Fundamento	La identificación de pacientes desnutridos permite iniciar precozmente un soporte nutricional adecuado

(Continúa en página siguiente)

ANEXO 1 (Cont.). FICHAS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD

Fórmula	Cociente entre el número de pacientes diagnosticados de DRE x 100 (numerador) y el número de pacientes atendidos en la consulta telemática de nutrición clínica (denominador)
Servicio/Área	Pacientes en seguimiento en la CTNC
Tipo de indicador	Proceso
Criterio	Aplicación de los criterios GLIM para el diagnóstico de DRE
Estándar	> 75 %
Fuente de datos	Historia clínica electrónica
Responsable de la medición	Servicios de admisión y documentación clínica
Periodicidad de la medición	Semestral
Definición de términos	<p><i>Criterios GLIM</i></p> <p>Para definir la DRE se aplicarán los criterios GLIM: se trata de un método de diagnóstico nutricional basado en criterios fenotípicos y etiológicos [1]</p> <p>- Criterios fenotípicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso (%): > 5 % en los últimos 6 meses, o > 10 % después de 6 meses • Bajo índice de masa corporal: < 20 kg/m² si < 70 años o < 22 kg/m² si > 70 años • Reducción de la masa muscular, determinada mediante técnicas validadas de medición de la composición corporal <p>- Criterios etiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la ingesta o asimilación de nutrientes: ≤ 50 % de sus requerimientos energéticos > 1 semana, o cualquier reducción durante > 2 semanas, o cualquier condición gastrointestinal crónica que tenga un impacto adverso en la asimilación o absorción de alimentos • Inflamación: enfermedad/lesión aguda o relacionada con la enfermedad crónica • Para establecer el diagnóstico de desnutrición se requieren al menos 1 criterio fenotípico y 1 criterio etiológico <p><i>Codificación de la desnutrición</i></p> <p>En función de cada centro. En caso de que esté disponible, se priorizará la codificación CIE-10, que recoge [2]:</p> <p>DESNUTRICIÓN (E40-E46)</p> <p>- Excluye 1: malabsorción intestinal (K90.-), secuelas de desnutrición calórico-proteica (E64.0)</p> <p>- Excluye 2: anemias nutricionales (D50-D53), inanición (T73.0)</p> <p>E40 Kwashiorkor Desnutrición severa con edema nutricional y con despigmentación de piel y cabello Excluye 1: kwashiorkor marásmico (E42)</p> <p>E41 Marasmo nutricional Desnutrición severa con marasmo Excluye 1: kwashiorkor marásmico (E42)</p> <p>E42 Kwashiorkor marásmico Forma intermedia de desnutrición calórico-proteica severa Malnutrición calórica-proteica grave con signos combinados de kwashiorkor y marasmo</p> <p>E43 Malnutrición calórico-proteica grave no especificada. Edema de hambre</p>
Definición de términos	<p>E44 Malnutrición calórico-proteica de grado moderado y leve</p> <p>E44.0 Malnutrición calórico-proteica moderada</p> <p>E44.1 Malnutrición calórico-proteica leve</p> <p>E45 Retraso del desarrollo secundario a malnutrición calórico-proteica:</p> <p>Baja estatura nutricional Retraso de crecimiento nutricional Retraso del desarrollo físico debido a desnutrición</p> <p>E46 Malnutrición calórico-proteica no especificada</p> <p>Desequilibrio calórico-proteico NEOM Malnutrición NEOM Excluye 1: carencia nutricional NEOM (E63.9)</p>

(Continúa en página siguiente)

ANEXO 1 (Cont.). FICHAS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD

Grado de recomendación (GR). De acuerdo con el sistema de calificación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	GPP (mejores prácticas recomendadas/consenso de expertos) (27,28)
4) PACIENTE PORTADOR DE SNG ENTRE PACIENTES CON NE PROLONGADA DE UNA CTNC	
Nombre del indicador	Porcentaje de portadores de SNG en pacientes con NE prolongada
Definición del indicador	Pacientes portadores de SNG para nutrición, durante 6 semanas o más, del total de pacientes con NE por SNG u ostomía atendidos en una CTNC
Fundamento	Conocer el grado de adecuación a la recomendación de disponer de una ostomía para nutrición en el caso de necesidad de un soporte nutricional a largo plazo (6 o más semanas) por sonda
Fórmula	<i>Numerador:</i> número de pacientes portadores de SNG para nutrición x 100. <i>Denominador:</i> total de pacientes con SNG u ostomía para nutrición atendidos en la CTNC
Servicio/Área	Consultas externas de servicios/secciones de endocrinología y nutrición con o sin unidades de nutrición clínica y dietética (UNCyD) adscritas. Servicios de admisión y documentación clínica
Tipo de indicador	Proceso
Criterio	Conversión de acceso nutricional enteral transitorio (sonda) a definitivo (ostomía). <i>Excepción:</i> no posibilidad de colocación de ostomía por: - Negativa informada de paciente/cuidador responsable - Alto riesgo vital
Estándar	< 30 %
Fuente de datos	Historia clínica electrónica
Responsable de la medición	Servicios de admisión y documentación clínica
Periodicidad de la medición	Semestral
Definición de términos	<i>Sonda nasogástrica:</i> sonda de alimentación nasal en pacientes que necesitan nutrición enteral por un corto período de tiempo (hasta 6 semanas) <i>Ostomía para nutrición:</i> procedimiento endoscópico quirúrgico, radiológico o quirúrgico mediante el cual se coloca una sonda, normalmente en estómago o yeyuno, exteriorizada a través del abdomen, para utilizarla como vía de alimentación en los pacientes en que así esté indicado.
Definición de términos	<i>Códigos CIE-10:</i> - Atención a gastrostomía: Z42.1 (CIE-10) - Estado de gastrostomía: Z93.1(CIE-10) - Inserción de sonda nasogástrica: 0DH67UZ (CIE-10) - Alimentación por sonda nasogástrica: 030G76Z (CIE-10) - Retirada de sonda nasogástrica: 0DPOXUZ y 0DP6XUZ (CIE-10)
Grado de recomendación (GR). De acuerdo con el sistema de calificación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	GPP (mejores prácticas recomendadas/consenso de expertos) (29)
5) PACIENTES PORTADORES DE OSTOMÍA PARA NUTRICIÓN DEL TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CTNC	
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes portadores de ostomía del total de atendidos en una CTNC
Definición del indicador	Cociente entre el número de pacientes portadores de ostomía para nutrición respecto del total de pacientes atendidos en una consulta telemática de nutrición clínica

(Continúa en página siguiente)

ANEXO 1 (Cont.). FICHAS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD

Fundamento	Valora la cronicidad de los pacientes atendidos en una CTNC. Valora la tecnificación de la CTNC
Fórmula	Número de pacientes portadores de ostomía para nutrición x 100/número total de pacientes atendidos
Servicio/Área	Consultas externas de servicios/secciones de endocrinología y nutrición con o sin unidades de nutrición clínica y dietética adscritas. Consultas externas de servicios/secciones de neurología, cirugía general, oncología
Tipo de indicador	Proceso
Criterio	Vía de administración de los nutrientes. <i>Excepción:</i> ninguna
Estándar	> 5 %
Fuente de datos	Historia clínica electrónica
Responsable de la medición	Servicios de admisión y documentación clínica (UDCA). Coordinador (gestor) de UNCyD
Periodicidad de la medición	Semestral
Definición de términos	<i>Paciente portador de ostomía:</i> paciente que se administra la nutrición total o parcialmente mediante un acceso enteral permanente. Se consideran ostomías: - Gastrostomía percutánea (endoscópica, radiológica, quirúrgica) - Yeyunostomía (endoscópica, radiológica, quirúrgica) <i>Total de pacientes atendidos:</i> número de pacientes atendidos en una consulta telemática de nutrición clínica
Grado de recomendación (GR). De acuerdo con el sistema de calificación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	GPP (mejores prácticas recomendadas/consenso de expertos) (29)
6) PORCENTAJE DE PRESCRIPCIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA/TOTAL DE ATENDIDOS EN CONSULTA DE CTNC	
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes con prescripción (inicio, continuación o receta activa) de nutrición enteral domiciliaria/total de pacientes con diagnóstico de desnutrición
Definición del indicador	Pacientes a los que se prescribe (inicio, continuación o receta activa) nutrición enteral (incluyendo suplementos y módulos que no sean espesante)
Fundamento	Este indicador nos informará del grado de complejidad y/o gravedad de la patología atendida
Fórmula	<i>Numerador:</i> número de pacientes a los que se prescribe (inicio, continuación o receta activa) nutrición enteral (incluido suplementos y módulos no espesante) x 100. <i>Denominador:</i> total de pacientes con diagnóstico de desnutrición atendidos en la CTNC
Servicio/Área	Consultas externas de servicios/secciones de endocrinología y nutrición con o sin unidades de nutrición clínica y dietética adscritas. Servicios de farmacia
Tipo de indicador	Proceso

(Continúa en página siguiente)

ANEXO 1 (Cont.). FICHAS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD

Criterio	Recetas activas de nutrición enteral (incluyendo suplementos y módulos que no sean espesante)
Estándar	> 50 %
Fuente de datos	Historia clínica electrónica
Responsable de la medición	Servicios de admisión y documentación clínica. Farmacia. Coordinador (gestor) de UNCyD
Periodicidad de la medición	Semestral
Definición de términos	<i>Nutrición enteral:</i> consiste en el aporte de nutrientes a través de la vía digestiva mediante una fórmula definida. Incluye la vía oral y la administración directa al tubo digestivo por vía nasogástrica, nasointestinal o percutánea. <i>Suplemento:</i> preparado enteral que se añade a la dieta normal o terapéutica para completarla o reforzarla. <i>Módulo:</i> preparado que contiene nutrientes aislados, que pueden mezclarse entre sí en la proporción deseada para constituir una fórmula completa o añadirse a una fórmula para modificar su composición. <i>Códigos CIE-10:</i> - E43 Desnutrición grave - E44.0 Desnutrición moderada - E44.1 Desnutrición leve - E46 Desnutrición calórico-proteica no especificada
Grado de recomendación (GR). De acuerdo con el sistema de calificación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	GPP (mejores prácticas recomendadas/consenso de expertos) (26)
7) SATISFACCIÓN DEL USUARIO CON UNA CTNC	
Nombre del indicador	Satisfacción del usuario con la CTNC
Definición del indicador	Grado de satisfacción del paciente con la CTNC determinado a través una encuesta que se realizará tras la consulta. Se cuantificará mediante una puntuación del 1 al 10
Fundamento	El grado de satisfacción del paciente con la CTNC depende de sus expectativas previas y las percepciones obtenidas tras su realización. Mediante encuestas dirigidas se podrá establecer la calidad de la atención percibida por el usuario con este tipo de consulta
Fórmula	Número de encuestas con resultado > 5 x 100/total de encuestas realizadas
Servicio/Área	Consultas externas de servicios/secciones de endocrinología y nutrición con o sin unidades de nutrición clínica y dietética adscritas
Tipo de indicador	Resultado
Criterio	- Calidad de la asistencia prestada en la CTNC - % de consultas con valoración > 5
Estándar	> 30 % de encuestas con valoración > de 5
Fuente de datos	Historia clínica electrónica
Responsable de la medición	Personal auxiliar y administrativo de la Unidad Coordinador (gestor) de la UNCyD

(Continúa en página siguiente)

ANEXO 1 (Cont.). FICHAS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD

Periodicidad de la medición	Trimestral
Definición de términos	Encuesta realizada al usuario donde se recoja la opinión general de la misma mediante la pregunta "Califique su grado de satisfacción con la consulta telemática realizada, respondiendo con un número del 1 al 10, donde 1 es la menor calidad percibida y 10 la mayor calidad percibida"
Grado de recomendación (GR). De acuerdo con el sistema de calificación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	GPP (mejores prácticas recomendadas/consenso de expertos) (7)
8) ACEPTACIÓN DE LA CONTINUACIÓN DEL USUARIO CON UNA CTNC	
Nombre del indicador	Aceptación de la continuación con la CTNC
Definición del indicador	Deseo de mantener este tipo de consulta por parte del usuario, determinado con la respuesta "sí/no" a la pregunta de si acepta continuar con este tipo de consultas
Fundamento	El grado de satisfacción del paciente con la CTNC depende de sus expectativas previas y las percepciones obtenidas tras su realización. Mediante encuestas dirigidas se podrá establecer la calidad de la atención percibida por el usuario con este tipo de consulta
Fórmula	Porcentaje de respuesta "sí, continuar" x 100/total de respuestas sobre el deseo de continuar con la CTNC
Servicio/Área	Consultas externas de servicios/secciones de endocrinología y nutrición con o sin unidades de nutrición clínica y dietética adscritas
Tipo de indicado	Resultado
Criterio	- Calidad de la Asistencia prestada en la CTNC - % de continuación con estas consultas
Estándar	Continuación con esta consulta --- > 50 % Sí
Fuente de datos	Historia clínica electrónica
Responsable de la medición	Personal auxiliar y administrativo de la Unidad. Coordinador (gestor) de la UNCyD
Periodicidad de la medición	Trimestral
Definición de términos	Encuesta dirigida al usuario en la que se incluya la pregunta "¿Desearía mantener este tipo de consultas telemáticas?" con la opción de respuesta: Sí o NO
Grado de recomendación (GR). De acuerdo con el sistema de calificación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	GPP (mejores prácticas recomendadas/consenso de expertos) (7)

BIBLIOGRAFÍA

- Boehringer Ingelheim [Página principal en Internet]. España: Boehringer Ingelheim; c2020 [citado 15 Mar 2021]. Disponible en: <https://www.cronicidadhoy.es/arxius/imatgesbutlleti/monografico-telemedicina.pdf>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos [Página principal en Internet]. España: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; c2020 [citado 15 Mar 2021]. Disponible en: https://www.comv.es/wp-content/uploads/2020/06/informe_e-consulta_ccd_10_06_2020.pdf
- Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2015(9). DOI: 10.1002/14651858.CD002098.pub2
- Krznarić Ž, Bender DV, Laviano A, Cuerda C, Landi F, Monteiro R, et al. A simple remote nutritional screening tool and practical guidance for nutritional care in primary practice during the COVID-19 pandemic. *Clin Nutr* 2020;39(7):1983-7. DOI: 10.1016/j.clnu.2020.05.006
- Vidal-Alaball J, Acosta-Roja R, Pastor Hernández N, Sanchez Luque U, Morrison D, Narejos Pérez S, et al. Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic. *Aten Primaria* 2020;52(6):418-22. DOI: 10.1016/j.aprim.2020.04.003
- DiGiovanni G, Mousaw K, Lloyd T, Dukelow N, Fitzgerald B, D'Aurizio H, et al. Development of a telehealth geriatric assessment model in response to the COVID-19 pandemic. *J Geriatr Oncol* 2020;11(5):761-3. DOI: 10.1016/j.jgo.2020.04.007
- Gorgojo JJ, Zugasti A, Rubio MA, Bretón I [Página principal en Internet]. España: Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición; c2020 [citado 15 May 2021]. Disponible en: https://www.seen.es/modulgex/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/2337/270421_121514_5806642613.pdf

8. Farid D. COVID-19 and Telenutrition: Remote Consultation in Clinical Nutrition Practice. *Curr Dev Nutr* 2020;4(12):nzaa124. DOI: 10.1093/cdn/nzaa124
9. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla: Consejería de Salud; 2006.
10. Montero Delgado JA, Merino Alonso FJ, Monte Boquet E, Ávila de Tomás JF, Cepeda Díez JM. Competencias digitales clave de los profesionales sanitarios. *Educación Médica* 2020;21(5):338-44. DOI: 10.1016/j.edumed.2019.02.010
11. Villalbí JR, Casas C, Bartoll X, Artazcoz L, Ballestín M, Borrell C, et al. Indicadores para la gestión de los servicios de salud pública. *Gaceta Sanitaria* 2010;24:378-84. DOI: 10.1016/j.gaceta.2010.03.004
12. Okoli C, Pawlowski SD. The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Information & management* 2004;42(1):15-29. DOI: 10.1016/j.im.2003.11.002
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A guideline developer's handbook. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2011.
14. Hillán García L, Setián Doderó F, Del Real Colomo A. El Sistema de Telemedicina Militar en España: una aproximación histórica. *Sanid Mil* 2014;70:121-31. DOI: 10.4321/S1887-85712014000200010
15. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
16. Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.
17. Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico.
18. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 - relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).
19. Sánchez-Caro J, Abellán F. Monografía: Telemedicina y protección de datos sanitarios, aspectos legales y éticos. Ed. El Partal, Granada 2002 [citado 24 Mar 2021]. Disponible en: <https://www.fundacionmercksalud.com/coleccion-de-biotica/vol-9-telemedicina-y-proteccion-de-datos-sanitarios-aspectos-legales-y-eticos/>
20. Market Study Telemedicine, European Commission 2018 [citado 15 Mar 2021]. Disponible en https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/2018_provision_marketstudy_telemedicine_en.pdf.
21. García Granja N, García Ramón E, Hidalgo Benito A, Hernández Carrasco M, de la Fuente Ballesteros SL, García Álvarez I. Implantación de una consulta telefónica a demanda en atención primaria. *Med Gen Fam* 2018;7(2):51-4. DOI: 10.24038/mgyf.2018.025
22. Muñoz Seco E. Las consultas por teléfono han llegado para quedarse. *AMF Vol. 16, (7) (nº extraordinario Marzo-Junio 2020)* [citado 15 Mar 2021]. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/web/article ver.php?id=2656>
23. García-Mendoza VA, Picazo-Cantos J, Ballesteros-Merino M, Pérez-Griñán L, Moro-Lago I, Martínez-Ruiz M, et al. ¿Para qué llaman los pacientes?: evaluación de consultas telefónicas no urgentes en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam* 2020;13(1):7-14. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2020000100003&lng=es
24. Servei Valencia de Salut. Indicadores de gestión. Dirección para la gestión de Asistencia Especializada. Servicio de Actividad Asistencial. Informe técnico. Valencia, enero 1993.
25. Moreno Domene P, Estévez Lucas J; Moreno Ruiz JA. Revista SEDISA S.XXI Indicadores de Gestión Hospitalaria: "Indicadores de Gestión Hospitalaria". Publicación de Directivos de la Salud. Sedisa s.XXI, 2010, Nº 16.
26. Del Olmo García MD, Ocón-Bretón J, Álvarez Hernández J, Ballesteros Pomar MD, Botella Romero F, Bretón Lesmes I, et al. Términos, conceptos y definiciones en nutrición clínica artificial. Proyecto ConT-SEEN. *Endocrinol, Diabetes y Nutr* 2018;65(1):5-16. DOI: 10.1016/j.endinu.2017.10.008
27. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, González MC, Fukushima R, Highashi-guchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition. A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr* 2019;38(1):1-9. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.08.002
28. Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.ª Revisión. Modificación Clínica. Tomo I: Diagnósticos. INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICAS SANITARIAS 2018. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. 2018. Página 723. ISBN: 978-84-340-2438-0 NIPO MSSSI [Citado 15 Mar 2021]. edición en línea pdf: 680-17-094-0 NIPO AEBOE edición en línea pdf: 786-17-142-2 Depósito legal: M-28926-2017.
29. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitman C, et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. *Clinical Nutrition* 2020;39(1):5-22. DOI: 10.1016/j.clnu.2019.04.022