

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE TELECONSULTA (TC) PARA PERSONAS QUE VIVEN CON INFECCIÓN POR VIH (PVVIH)

ESTE DOCUMENTO ESTÁ SUJETO A REVISIÓN
CONTINUA, SEGÚN LA SITUACIÓN GLOBAL DE
LA PANDEMIA

PANEL DE EXPERTOS DEL GRUPO DE
ESTUDIO DE SIDA (GeSIDA)

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE TELECONSULTA (TC) PARA PERSONAS QUE VIVEN CON INFECCIÓN POR VIH (PVVIH)

Autores

Esteban Martínez Chamorro	Servicio de Infecciones. Hospital Clínic, Barcelona.
José Ramón Arribas López	Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz, Madrid.
Ana Mariño Callejo	Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.
María Luisa Montes Ramírez	Unidad de VIH, Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz, Madrid.
Inés Suárez García	Grupo de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Sofía, Madrid. Universidad Europea de Madrid.
Isabel Viciana Ramos	Servicio de Microbiología. UGC Infecciosos. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.
Antonio Buño Soto	Jefe de Servicio Análisis Clínicos. Hospital Universitario La Paz, Madrid. Vicepresidente de la Sociedad Española de Medicina de Laboratorio (SEQCML).
Olga Delgado Sánchez	Presidenta de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.
Emma Fernández González	Enfermera de Práctica Avanzada en VIH, Unidad de VIH. Hospital Clínic, Barcelona.
Juan José Mascort Roca	Facultativo Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Florida Sud, Institut Català de la Salut. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.
Miguel Ángel Ramiro	Profesor Titular de Filosofía del Derecho, Cátedra Discapacidad, Enfermedad Crónica y Accesibilidad a los Derechos, Universidad de Alcalá.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	5
2. EXPERIENCIA DE LOS SOCIOS DE GESIDA CON LA TC	6
3. REQUISITOS GENERALES PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LA TC	8
4. QUÉ PACIENTES INFECTADOS POR VIH PUEDEN SER ATENDIDOS MEDIANTE TC	10
5. MODELO DE ATENCIÓN MEDIANTE TC A PACIENTES INFECTADOS POR VIH	11
a. Recursos mínimos en un hospital para organizar la atención mediante TC:	11
a1. Recursos tecnológicos y de infraestructura	11
a2. Recursos humanos	12
b. Atención programada mediante TC	12
b1. Citación	12
b2. Pruebas complementarias	12
b3. Visita programada mediante TC	13
b4. Dispensación de medicación	13
c. Atención no programada mediante TC	14
Figura: Recursos mínimos en un hospital para organizar atención mediante TC	15
6. OTROS PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA ATENCIÓN MEDIANTE TC	16
a. Responsables de las extracciones de sangre para análisis	16
b. Farmacéuticos	17
c. Enfermería	18
d. Médicos de Atención Primaria	19

7. ASPECTOS LEGALES DE LA ATENCIÓN MEDIANTE TC A PACIENTES INFECTADOS POR VIH	20
8. ANEXOS	22
a. Modelo de cuestionario para estructurar la TC (Lista de comprobación)	22
b. Sistemas de alarma para pacientes perdidos	25
9. BIBLIOGRAFÍA	27

1. INTRODUCCIÓN

La situación de la pandemia de COVID-19 que estamos viviendo en España nos ha obligado en los últimos meses a modificar la manera de atender a las personas que viven con infección por VIH (PVVIH). Con el fin de poder mantener su asistencia sanitaria y minimizar su riesgo de exposición al SARS-CoV-2 en el entorno sanitario, una proporción alta de centros decidió continuar la atención mediante dispositivos de teleconsulta (TC).

La **TC** corresponde a una consulta a distancia realizada a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones entre un paciente y uno o más miembros del equipo de salud, que se encuentren ubicados en lugares geográficos distintos y que tienen la posibilidad de interactuar entre sí. Podría suceder que durante dicho acto telemédico también participen miembros de los equipos de salud que se encuentran físicamente al lado o en el mismo lugar del paciente. Dentro de la TC los principales servicios prestados son:

- Asistencia remota: pueden referirse tanto a las TC de seguimiento, como de diagnóstico o tratamiento.
- Gestión administrativa de pacientes: estos incluyen tanto la solicitud de pruebas analíticas como las citaciones de otros servicios asistenciales.
- Telefarmacia.

Aunque durante los días en que ha estado activado el estado de alarma y debido a la aplicación de medidas de distanciamiento social, la TC ha podido llegar a ser la única opción para obtener asistencia sanitaria en el seguimiento de la enfermedad, cuando el riesgo de contagio no sea excesivo, la TC debe ser una opción más. No obstante, incluso durante el período de estado de alarma y distanciamiento social, es imprescindible dejar explícito que si el paciente rechaza una intervención a distancia no pierde los derechos que habitualmente tiene.

2. EXPERIENCIA DE LOS SOCIOS DE GeSIDA CON LA TELECONSULTA

Con el fin de conocer la experiencia de los socios de GeSIDA sobre el uso de la consulta telemática durante la pandemia de COVID-19, la Junta Directiva envió un [\(enlace\)](#) cuestionario entre los días 10 y 12 de junio de 2020 a los 639 socios. Respondieron a la encuesta 100 socios (15.6%) de 63 hospitales.

Principales resultados:

- **100%** de los respondedores habían realizado TC en los últimos 3 meses
 - **57%** comenzaron con el inicio de la pandemia
 - **42%** ya hacía TC antes de la pandemia
 - **97%** han continuado realizándola después de la desescalada
- La TC fue realizada por
 - **56%** médicos
 - **36%** médicos y enfermeras
- La TC fue realizada mediante
 - **57%** llamada telefónica
 - **28%** correo electrónico
 - **11%** videollamada o videoconferencia
- La TC fue realizada siguiendo un protocolo sólo en el 25% de los casos
- La TC fue utilizada con diversos tipos de pacientes
 - **69%** algunos pacientes
 - **20%** todos los sucesivos
 - **11%** todos (nuevos y sucesivos)
- Sólo el **36%** de los respondedores utilizó un sistema de estratificación para seleccionar pacientes para TC
- **99%** registraba la TC en la historia clínica
- Sólo el **28%** utilizó un checklist para realizar la TC
- **55%** había enviado documentación al paciente por vía telemática
- **84%** utilizó algún sistema para garantizar la identificación del paciente
 - **67%** nombre y apellidos
 - **5%** DNI

■ Medicación antirretroviral

- **88%** envío a domicilio mediante mensajería/correo
- **5%** mediante Protección Civil

■ Principales dificultades señaladas

- Localizar al paciente (ausencia de domicilio fijo, teléfono erróneo, paciente ilocalizable...)
- No poder hacer exploración física
- Limitaciones en la comunicación y el idioma (pacientes extranjeros)
- Ausencia de protocolos
- Dificultad para cambios de tratamientos

■ Principales ventajas

- Mayor comodidad y satisfacción del paciente (evita desplazamientos, tiempos de espera y horas de trabajo perdidas)
- Disminuir probabilidad de contagio de COVID-19
- Mayor rapidez

3. REQUISITOS GENERALES PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LA TC

- a.** Informar al paciente sobre la TC.
 - a.** Antes de realizar una consulta a distancia se debe informar a los pacientes de los nuevos modelos de atención y cambios en el seguimiento habitual, garantizando la accesibilidad y la calidad asistencial. Los profesionales deben asegurarse de que los pacientes entienden cómo se desarrollará la TC y acepten de manera explícita la realización de la misma. El paciente debe recibir información en lenguaje sencillo que le permita tener expectativas claras sobre el tipo de atención que recibirá, sobre las demás opciones de atención disponibles y sobre la duración esperada de la TC.
- b.** Recomendar a los pacientes antes de la consulta:
 - a.** Prepararse con anticipación, asegurándose de que su dispositivo cuente con suficiente batería y/o conexión adecuada a Internet.
 - b.** Idealmente, realizar una prueba previa de la conexión y del sistema que se utilizará para la TC.
 - c.** Si la atención se va a realizar a través de una aplicación móvil, tenerla descargada en el teléfono o tablet antes de iniciar la TC.
 - d.** Mantenerse en un lugar apto para la TC, silencioso y con buena iluminación.
 - e.** Escribir una lista de molestias principales y preguntas para el profesional.
 - f.** Tener a mano la lista de enfermedades, condiciones de salud, y medicamentos que toma actualmente.
 - g.** Disponer de papel y lápiz para anotar indicaciones y recomendaciones que reciba durante la atención.
 - h.** Asegurarse de que el profesional tiene sus datos de contacto (teléfono y correo electrónico) para poder recibir indicaciones escritas por mensaje de texto o email.
- c.** Es prioritario mantener la privacidad y confidencialidad del paciente y los profesionales deben contar con recursos que permitan satisfacer los mismos estándares que durante la atención presencial. La privacidad y la confidencialidad del paciente deben mantenerse en todo momento, considerando los riesgos específicos que existen para la privacidad cuando se utiliza la TC y desarrollando procedimientos apropiados para manejar dichos riesgos:
 - a.** El profesional sanitario será preferiblemente alguien ya conocido por el paciente.

- b. El facultativo debe asegurarse de que habla con el paciente preguntando por datos clave que sólo ellos conocen como por ejemplo las 4 últimas cifras del DNI ó la fecha de nacimiento. En el caso que sea su enfermera ó médico habitual quien haga la llamada, este paso se puede obviar.
- c. Al saludar al paciente, el profesional debe presentarse e indicar su nombre completo, su profesión y especialidad, así como la institución a la que pertenece.
- d. Finalmente, el médico generará un informe y se procederá a registrar la información en la historia clínica electrónica o el medio que se esté utilizando.
- e. Utilizar cada oportunidad disponible para educar en la prevención, e identificar casos sospechosos de COVID-19. Cada interacción entre un paciente y su equipo de salud en este período es una oportunidad para:
 - a. Ofrecer apoyo y contención emocional, además de entregar información clara y oportuna.
 - b. Educar en las recomendaciones básicas de higiene respiratoria y de manos, reforzando las conductas de autocuidado y prevención del contagio.
 - c. Recoger información en forma estructurada respecto a síntomas y signos característicos, factores de riesgo, e identificación de contactos.
 - d. Derivar en forma oportuna al paciente hacia los recursos de salud o servicios correspondientes, e intervenir en la cadena de transmisión de COVID-19.

4. QUÉ PVVIH PUEDEN SER ATENDIDOS MEDIANTE TC

El primer paso para poder organizar la asistencia de la TC es seleccionar qué pacientes son candidatos. Como norma general las PVVIH adecuadas para la asistencia no presencial deben estar en seguimiento regular y estable, y además:

- Deben tener una situación clínica que permita una evaluación adecuada sólo con la entrevista clínica sin la observación visual ni la exploración física.
- Se hayan podido realizar, en la medida de lo posible, las exploraciones complementarias indicadas, analíticas (hematología, bioquímica, inmunología, microbiología), y/o pruebas radiológicas que permitan completar la evaluación de la situación actual de su infección por VIH.

Una vez comprobado que los pacientes cumplen estos requisitos básicos necesitaríamos analizar qué perfiles de PVVIH de nuestras consultas son los mejores candidatos para TC. Para ello proponemos el uso de la herramienta de estratificación por perfiles de pacientes que se ha realizado mediante la colaboración entre GeSIDA y un grupo multidisciplinar de expertos en la infección por VIH ([Enlace](#) al documento y a la herramienta de la web de GESIDA)

La herramienta permite clasificar al 70-80% de los pacientes en siete perfiles siendo los perfiles azul, amarillo y lila los mejores candidatos para TC.

PERFIL AZUL: Paciente con infección por VIH controlada, autónomo, sin comorbilidades y sin conductas de riesgo, psicológicamente estable, con buen soporte social y familiar, con más de seis meses de tratamiento antirretroviral y sin presencia de deterioro cognitivo ni deterioro funcional.

PERFIL AMARILLO: Paciente con comorbilidades y/o con deterioro cognitivo y/o deterioro funcional, no embarazada, con apoyo social, no consumidor de drogas, sin conductas sexuales de riesgo y con más de un año en tratamiento antirretroviral que presente una situación clínica estable.

PERFIL LILA: Paciente con conductas sexuales de riesgo, no embarazada, con apoyo social, no consumidor de drogas marginales, sin comorbilidades, ni deterioro cognitivo y/o funcional y con más de un año en tratamiento antirretroviral.

5. MODELO DE ATENCIÓN MEDIANTE TC A PVVIH

A. RECURSOS MÍNIMOS EN UN HOSPITAL PARA ORGANIZAR LA ATENCIÓN MEDIANTE TC

A.1 RECURSOS TECNOLÓGICOS Y DE INFRAESTRUCTURA

Dónde: despacho silencioso, con buena iluminación y acceso a la historia clínica del paciente.

Agenda: propia o compartida con consulta presencial.

Recursos tecnológicos y de infraestructura (toda herramienta de TC implementada debe garantizar la seguridad, confidencialidad de la información y la protección de datos de todos los usuarios de ésta).

- **Sistemas sincrónicos:** contacto en tiempo real entre el profesional sanitario y paciente, interacción similar a una consulta presencial.
 - Llamada telefónica:
 - Tecnología familiar y fiable.
 - Adecuada para la mayoría de las consultas.
 - Recomendable dispositivo “manos libres”.
 - Videollamada:
 - Proporciona información visual adicional, pistas de diagnóstico y cercanía.
 - Más apropiada para pacientes más complejos, con comorbilidades asociadas, con circunstancias sociales de riesgo, aquellos que estén muy ansiosos o preocupados, ó pacientes con problemas de audición.
- **Sistemas no sincrónicos y bidireccionales:** contacto en diferido, de almacenamiento y envío. Los datos del paciente son obtenidos, almacenados y transmitidos para su posterior evaluación.
 - Correo electrónico.
 - SMS.
 - Aplicaciones móviles.

A.2 RECURSOS HUMANOS

- Profesionales (médicos/as, enfermeros/as, personal administrativo) con formación sobre el uso adecuado de los recursos tecnológicos y capacitación en aspectos comunicativos.
- Servicio de atención que preste soporte técnico.

B. ATENCIÓN PROGRAMADA MEDIANTE TC

La atención ambulatoria de pacientes crónicos como las PVVIH es un proceso circular. Al igual que la visita presencial, la secuencia de atención programada mediante TC consta de los siguientes pasos:

B.1 CITACIÓN

- La citación para la realización de pruebas complementarias, una nueva visita programada mediante TC, dispensación de medicación, visita al médico de Atención Primaria o a un médico especialista, se establecerá en la visita previa.
- El profesional de la salud que realiza la visita mediante TC se encargará de informar al paciente y de planificar las citaciones posteriores antes de finalizar la visita actual. Lo podrá hacer directamente o a través del personal administrativo que se ocupa específicamente de ello.
- El paciente puede recibir la información de forma inmediata antes de concluir la visita actual o de forma diferida mediante correo postal o electrónico.
- Los datos del usuario (teléfono, correo electrónico) deben actualizarse periódicamente.
- Siempre que sea posible se establecerán métodos de recordatorio una semana antes y un día antes.

B.2 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Su realización en la atención mediante TC no diferirá generalmente de la atención presencial convencional.
- El paciente dispondrá de una citación previa donde se habrán establecido las instrucciones de las pruebas complementarias.

B.3 VISITA PROGRAMADA MEDIANTE TC

- Corroborar que la TC se puede llevar a cabo.
- El paciente dispondrá de una citación previa donde se habrán establecido las instrucciones de la visita programada mediante TC.
- Durante la visita mediante TC, el profesional sanitario seguirá una lista de comprobación (ver [Anexo 1](#)).
- Al acabar la visita, el profesional sanitario hará las recomendaciones generales de salud que sean pertinentes, explicará las pruebas complementarias o las visitas a otros profesionales sanitarios que considere preciso realizar, prescribirá la medicación antirretroviral, y considerará la prescripción o desprescripción de medicación no antirretroviral.
- Al igual que en la visita presencial, los datos de la visita realizada mediante TC deberán quedar registrados y se generará un informe de la visita que se pondrá a disposición del paciente de la manera que prefiera (correo postal, correo electrónico o recogida en el centro cuando acuda al centro por cualquier razón).

B.4 DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN

- La dispensación de medicación antirretroviral se hará siguiendo unas normas generales (ver [Capítulo 6](#), apartado de farmacia). [Enlace directo](#).
- Se evitará que el paciente quede desabastecido y se facilitará la obtención de medicación antirretroviral.
- El médico que ha atendido al paciente mediante TC enviará las recetas de forma física o telemática a la farmacia del centro.
- El paciente podrá optar por recoger la medicación personalmente o a través de otra persona a la que haya otorgado el permiso legal necesario, con cita previa establecida.
- Si es posible, la medicación antirretroviral se enviará a domicilio mediante un servicio de mensajería al que el paciente haya otorgado el permiso legal necesario; este servicio puede requerir ser costeado por el paciente.
- La farmacia hospitalaria y el paciente deberán disponer de un mecanismo de contacto (teléfono, videollamada, correo electrónico, o similar) entre ellos por si hay recomendaciones del farmacéutico o dudas del paciente respecto a la medicación antirretroviral o problemas en su distribución por parte de la farmacia u obtención por parte del paciente.

C. ATENCIÓN NO PROGRAMADA MEDIANTE TC

- Aparte de las visitas programadas, los pacientes pueden tener nueva aparición o modificación de síntomas no graves o comentarios respecto a su atención médica o tratamiento por lo que deseen contactar con los profesionales sanitarios mediante TC.
- Cada centro localmente debe contemplar esta necesidad y satisfacerla mediante la habilitación de un mecanismo de contacto (teléfono, videollamada, correo electrónico, o similar) para que el profesional sanitario pueda dar respuesta mediante TC de forma rápida o se pueda programar una nueva visita presencial.
- Este mecanismo será para TODOS los pacientes y no debe suponer nunca un beneficio mayor de acceso que el mecanismo analógico habitual.

FIGURA 1: RECURSOS MÍNIMOS EN UN HOSPITAL PARA ORGANIZAR LA ATENCIÓN MEDIANTE TC



* Toda herramienta de TC implementada debe garantizar la seguridad, confidencialidad de la información y la protección de datos de todos los usuarios de la misma

6. OTROS PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA ATENCIÓN MEDIANTE TC

A. RESPONSABLES DE LAS EXTRACCIONES DE SANGRE PARA ANÁLISIS

En la atención mediante TC es importante reducir las visitas a los hospitales y centros de salud, intentando prescindir de traslados evitables, teniendo en cuenta la localización geográfica del paciente y el acceso a los puntos de extracción de analíticas más cercanos.

Una de las estrategias para evitar desplazamientos innecesarios se basa en el uso de las herramientas informáticas disponibles para la solicitud de analíticas y consulta de resultados. El médico ha de interactuar con estos sistemas de petición electrónica, que además pueden tener incorporados algoritmos de decisión inteligentes y perfiles o paneles de pruebas de las distintas especialidades.

Estos módulos de pruebas analíticas pueden utilizarse desde Atención Primaria, consultas externas, hospitalización, enfermería y urgencias y los resultados de las pruebas deben quedar recogidos en la Historia de Salud Electrónica del paciente.

- **Petición de analítica:** Al realizar la petición analítica, se genera un PDF o una citación electrónica que será enviado al paciente mediante correo electrónico o SMS. En algunos hospitales no es preciso que el paciente presente un documento escrito para que se realice la extracción y basta con la presentación de la tarjeta sanitaria. Si hubiera alguna instrucción específica de preparación para el paciente o para la toma de la muestra se deben mostrar para que sean conocidas tanto por el médico como por el paciente.
- **Extracción de sangre:** El área asistencial para la extracción se asigna en el momento de hacer la solicitud analítica y debería ser la más cómoda para el paciente según su localización geográfica de proximidad al propio hospital, centro de salud o unidad funcional. Se deben diseñar circuitos donde el paciente, acudiendo con su identificador (tarjeta sanitaria), sea reconocido por un puesto de atención multimedia y dirigido al puesto de extracción sin que tenga que haber contacto con personal administrativo. El objetivo pues, debe ser una atención rápida, fácil y que asegure la correcta identificación del paciente y de las pruebas que se han solicitado. El médico puede consultar los resultados obtenidos una vez que se han validado por el laboratorio, y también imprimir el informe si fuese necesario.

B. FARMACÉUTICOS

La pandemia de COVID-19 nos ha obligado a cambios urgentes que en muchos casos eran ya anticipados e incipientes, como es la virtualización de las actividades sanitarias. Una de las actuaciones más difundidas por la farmacia hospitalaria en la crisis sanitaria del COVID-19, ha sido la realización de TC en los pacientes externos a los que se dispensa la medicación en el hospital, y el envío posterior del tratamiento para evitar su presencia en los hospitales.

Desde la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) se emitió un Posicionado institucional respecto a la Telefarmacia, y la normativa ha permitido realizar esta actividad de forma inmediata. Actualmente el Real Decreto Ley 21/2020 contempla la dispensación no presencial de medicamentos mediante el envío a centros sanitarios, a oficinas de farmacia o directamente al domicilio del paciente, y corresponde a las Comunidades Autónomas establecer los procedimientos en cada caso. Además, este decreto regula que tanto el suministro de los medicamentos, como el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes, es responsabilidad del servicio de farmacia dispensador.

Ante esta situación, el reto de la Farmacia Hospitalaria es garantizar la seguridad, la adherencia y la efectividad de los tratamientos dispensados de forma no presencial, así como seguir siendo la referencia del paciente para su tratamiento farmacológico. No obstante, exclusivamente con las consultas virtuales no parece posible lograr estos retos. Es necesario dar respuesta a las preguntas del paciente cuando se producen, y establecer canales de contacto bidireccionales, participativos y continuados en el tiempo que permitan una comunicación efectiva, con implicación y responsabilidad del paciente en su tratamiento y en los resultados de éste, con incorporación de sus preferencias y expectativas.

Para ello es necesaria la mejora mediante el desarrollo de herramientas virtuales que lo permitan, dispositivos de monitorización, criterios de selección de pacientes, objetivos compartidos y capacidades para una nueva cultura de seguimiento mediante plataformas compartidas con otros profesionales e integradas en la historia clínica.

C. ENFERMERÍA

Desde la perspectiva de la Enfermería son aspectos principales a tener en cuenta en la TC de las PVVIH:

- **Relación con el paciente:** es importante tener en cuenta que, desde la visita de acogida, el paciente debe conocer a los profesionales de la salud que forman el equipo multidisciplinar: médico/a, enfermero/a, farmacéutico/a, etc. Esto ayudará a que la relación terapéutica sea más fluida y efectiva y que las visitas a través de TC tengan calidad humana pese a la distancia y lo virtual. La disponibilidad de teléfono y/o mail de contacto de la enfermera de referencia le da al usuario mucha tranquilidad.
- **Relación con el equipo multidisciplinar:** la historia electrónica compartida entre los distintos profesionales de la salud implicados permite una comunicación intersectorial fluida, ofrece al usuario una sensación de estar bien cuidado y no tener que repetir la información en los distintos contextos sanitarios implicados en el continuum de los cuidados.
- **Relación con otros profesionales de la salud intrahospitalarios:** una comunicación fluida y accesible con la enfermera de referencia puede facilitar la comunicación entre el usuario y los distintos profesionales de la salud, dando respuesta rápida y adecuada a cada una de las dudas de los usuarios. Este aspecto cobra una especial relevancia en momentos de dificultad de acceso al sistema sanitario y de gran incertidumbre y preocupación como el originado por la pandemia de COVID-19.
- **Relación con otros actores extrahospitalarios implicados en la atención de salud:** de igual manera que en la atención presencial, la enfermera puede contribuir a garantizar el continuum de los cuidados a través de comunicación fluida entre los distintos sectores de salud (Centros de Atención Primaria (CAPs), Organizaciones no gubernamentales (ONGs), Trabajo Social, etc.) en pacientes atendidos mediante TC.

D. MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

La TC ha de contemplarse como una herramienta de ayuda complementaria para optimizar recursos y facilitar la atención de los pacientes. La TC mediante la atención compartida entre Atención Primaria (AP), Atención Hospitalaria (AH) y otros recursos asistenciales tiene importantes ventajas:

- Interconsultas y comunicación entre AP y Unidades funcionales de VIH de manera bidireccional, ágil y resolutive.
- Acceso a la información desde ubicaciones distintas del Centro de Salud o del Hospital, siempre que se garanticen mecanismos seguros de comunicación, mediante el uso de dispositivos oficiales preparados por el centro sanitario para dicho efecto.

La TC desde la AP debe permitir:

- Facilitar el seguimiento de pacientes con comorbilidades asociadas y optimizar los controles.
- Potenciar y posibilitar el acceso a la información por parte del usuario de datos relacionados con su salud (diagnósticos activos, plan de medicación, resultados de exploraciones complementarias, informes clínicos, calendario vacunal...)
- Posibilidad por parte del paciente de realizar consultas virtuales con el profesional sanitario, preferentemente con su equipo asistencial habitual.
- Posibilidad de gestionar trámites burocráticos (bajas laborales, renovación de planes de medicación...).
- Implantación de las actividades de prevención y promoción de la salud.
- Diagnóstico precoz y reducción de riesgos con marcada utilidad en el estudio de contactos.
- Empoderar y avanzar en el autocuidado de los pacientes, así como ayudar en la comunicación y capacitación de los cuidadores.
- Establecer vías de comunicación y atención compartida también con los recursos comunitarios.

7. ASPECTOS LEGALES DE LA ATENCIÓN MEDIANTE TC A PVVIH

En España no hay una norma jurídica específica que regule las TC por lo que hay que adaptar las normas vigentes sobre asistencia sanitaria, derechos de los pacientes y protección de datos.

La TC no modifica los principios básicos recogidos en la 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, o en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, que regulan la relación entre los profesionales sanitarios y las personas atendidas. La TC sólo modifica el contexto en el que se produce el acto asistencial por lo que deben extremarse las medidas de seguridad para que la intervención en el ámbito de la sanidad se realice de forma segura, aplicando las más altas medidas certificaciones de seguridad, firewalls, túneles VPN, habilitando todos los modos de cifrado y privacidad disponibles, utilizando contraseñas autenticadas para las llamadas y reuniones.

Un aspecto clave es corroborar la identidad del paciente porque afecta a quién es el titular del derecho a la información (art. 5): el titular del derecho a la información es el paciente y las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, solamente podrán ser informadas en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita. En este sentido, es importante registrar cada vez que el paciente, independientemente de su edad, esté acompañado y contar con su autorización para compartir las indicaciones médicas a la persona que lo acompañe (art. 5.1 *in fine*).

La titularidad de la información es especialmente importante cuando estamos ante personas con VIH que sean menores de 16 años o con las personas con VIH que tienen 16 o 17 años pues en el ámbito constitucional son menores de edad, pero en el ámbito sanitario ya no pueden ser, por regla general, sustituidos ni en el proceso de información ni en el proceso de toma de decisiones ya que no estamos ante una actuación de grave riesgo para la vida o la salud del menor (art. 9.4).

En la TC cobra mucha importancia la calidad de la información por lo que debe extremarse que sea comprensible, en especial si las personas con VIH tienen reconocida la condición de discapacidad o tienen una edad avanzada. La regla general es que la información y el consentimiento se transmiten y se obtienen de forma verbal. Es posible que sea necesario transmitir información y obtener consentimientos escritos, cuando así lo disponga la Ley 41/2002. En ese caso, se deben disponer de medios técnicos que permitan la transmisión de documentos electrónicos y la obtención de la firma electrónica o de cualquier medio admitido en Derecho.

La custodia de la historia clínica debe hacerse siguiendo lo dispuesto en la normativa específica sobre documentación clínica (Ley 41/2002) y protección de datos de carácter personal (Reglamento General de Protección de Datos y Ley Orgánica 3/2018). En el caso de que se produjera una grabación de voz o imagen, se debería advertir previamente y obtener el consentimiento. El delegado de protección de datos del centro sanitario será una pieza clave de todo el entramado pues, entre otras cosas, debe atender las consultas que los interesados realicen a la entidad, ya sea para cuestiones relativas al tratamiento de sus datos o para el ejercicio de sus derechos.

Por todo ello, los principios que deberían tomarse en consideración para que las TC sean ética y legalmente aceptables son:

- Humanización: las herramientas tecnológicas deben ajustarse al proceso clínico y al paciente y no al revés.
- Autonomía: el paciente debe aceptar la TC y puede rechazar la asistencia por telemedicina sin ningún tipo de perjuicio.
- Información y Consentimiento: se debe garantizar que se recibe información adecuada y de calidad para la toma de decisiones.
- Calidad: buena imagen y sonido.
- Continuidad: el proceso asistencia no se interrumpe en ningún momento.
- Confidencialidad: los datos personales de salud se custodian con las mismas garantías que si la atención fuera presencial.
- Fiabilidad: no hay interrupciones en la comunicación.
- Seguridad: se utilizan aplicaciones y programas informáticos que cumplan con las más altas medidas y certificaciones de seguridad.
- Confianza: debe corroborarse la identidad del paciente y del profesional sanitario.
- Igualdad y No Discriminación: acceso igualitario por todas las personas, evitando la brecha digital y rural.

8. ANEXOS

A. MODELO DE CUESTIONARIO PARA ESTRUCTURAR LA TC (LISTA DE COMPROBACIÓN)

Antes de la consulta

- Asegurar un lugar silencioso y sin interrupciones.
- Revisar historia clínica y pruebas complementarias realizadas del paciente.
 - o Revisar prescripciones recientes (y posibles interacciones farmacológicas).
 - o Revisar última visita y otras consultas en Atención Primaria u otros servicios hospitalarios.
- Tener disponible la historia clínica mientras se realiza la consulta.
- Revisar número de teléfono vigente en la historia clínica.

Inicio de la consulta

- ¿Puedo hablar con [nombre del paciente]?
- Si se confirma el nombre del paciente continuar. Si no acabar conversación.
- Presentación: *“Mi nombre es _____ . Llamo dese el hospital XXX (no mencionar consulta)”*.
- Asegurar que el paciente está en un lugar desde donde pueda hablar garantizando la confidencialidad: *“¿Puedes hablar conmigo ahora, o prefieres que te llame en otro momento?”*. Si no puede, terminar conversación.
- Comprobar su identificación: *“Antes de seguir, necesito comprobar que estoy hablando contigo y no con otra persona. ¿Podrías decirme tu fecha de nacimiento/los primeros 4 números de tu DNI?”*
- Explicación de teleconsulta: *“Te llamo porque debido a la situación del COVID-19, estamos realizando las consultas de forma telefónica/telemática”*.
- Solicitar consentimiento: *“¿Estás de acuerdo en realizar esta consulta?”*.

Consulta

- Valoración general y síntomas del paciente:
 - o Comenzar con preguntas abiertas: “¿Cómo te has encontrado desde la última vez que nos vimos?”
 - o Preguntar posteriormente por síntomas específicos.
- Valorar síntomas de COVID-19:
 - o “Desde tu última consulta, ¿te has contagiado de COVID-19?”
 - o “¿Te han realizado alguna prueba de COVID-19?” Si contesta afirmativamente: “¿Cuál ha sido el resultado?”
 - o Si no se ha contagiado ni le han realizado prueba de COVID-19:
 - *“¿Has tenido fiebre, malestar general, tos, dolor de garganta, o pérdida de gusto u olfato, diarrea, dificultad respiratoria desde tu última consulta?”*
 - *¿Has estado en contacto o convives con alguna persona diagnosticada de infección por COVID-19?*
 - o Reforzar medidas de prevención de COVID-19: higiene de manos, utilización de mascarillas, medidas de distanciamiento social.
- Valorar cambios en el tratamiento: *“Desde tu última consulta, ¿ha habido algún cambio en tu medicación?”*
- Evaluar cumplimiento terapéutico: *“¿Has tenido alguna dificultad para tomarte la medicación?”*. *“¿Has tenido alguna dificultad para recoger tu medicación?”*
- Evaluar listado de medicación.
- Evaluar estado de ánimo y apoyo social.
 - o Considerar usar las dos preguntas de la EACS para el cribado de depresión: “¿Te has sentido con frecuencia deprimido, triste o sin esperanza en los últimos meses?” y “¿Has perdido interés en actividades de las que antes solías disfrutar?” (la respuesta positiva a alguna de las dos preguntas indica que se debe evaluar la existencia de depresión).
- Revisar pruebas complementarias realizadas (análisis, otros) e informar de resultados.
 - o Si no se han realizado, valorar estabilidad clínica, analítica y de tratamiento para decidir si se puede prescindir de ellas.
- Hablar, según proceda, de hábitos saludables y consumo de tóxicos
- Preguntar por datos de la exploración, si el paciente dispone de ellos: *“¿Sabes cuánto pesas actualmente?”* *“¿Te has tomado la tensión desde la última consulta?”*
- Preguntar por dudas e inquietudes del paciente: *“¿Tienes alguna duda, o alguna pregunta que quieras hacerme?”*

Final de la consulta

- Si el paciente ha referido algún síntoma o problema que precise atención presencial: agendar consulta presencial y confirmar que el paciente ha anotado el día y hora.
- Agendar consulta sucesiva y pruebas complementarias, si procede.
 - o Explicar al paciente si la próxima consulta se realizará de forma presencial o telemática (si se conoce de antemano).
 - o Si se da la cita en la misma llamada: asegurar que el paciente ha anotado el día y hora.
 - o Si se va a citar posteriormente: explicar cómo recibirá información de la cita (correo, llamada telefónica, SMS, etc.) y cuándo aproximadamente.
- Si se precisa enviar documentos al paciente (p. ej. informe, recetas, citas), explicar cómo va a recibirlos y en qué plazo de tiempo aproximado.
- Explicar al paciente si existe un teléfono u otro medio de contacto (e-mail, etc) para contactar con la consulta si tiene algún problema o necesita adelantar la cita.
- Anotar en la historia clínica los detalles de la consulta y que ésta se ha realizado de forma telemática.
 - o Si la consulta se ha realizado por e-mail, copiar y pegar el texto en la historia clínica.

B. SISTEMAS DE ALARMA PARA PACIENTES PERDIDOS

En situaciones en las que se realiza la atención preferente mediante TC, o en las que existen dificultades de acceso a la visita programada como ha ocurrido durante la pandemia de COVID-19, es de crucial importancia mantener el seguimiento de pacientes y evitar que se produzcan situaciones en las que los pacientes no acuden a la visita programada o no se localizan mediante los medios habituales.

A continuación, indicamos algunos medios para garantizar el seguimiento de los pacientes y qué hacer cuando el paciente pierde el seguimiento.

Acciones para apoyar el seguimiento de los pacientes:

- a. Enviar recordatorios mediante SMS, correo ordinario o teléfono antes del día de la consulta.
- b. Establecer sistemas de comunicación con la farmacia hospitalaria: avisos al paciente y a su médico responsable si el paciente no acude a retirar medicación.
- c. Valorar con el paciente posibles dificultades para acudir a consulta o a retirar medicación: dificultades de horarios, no poder pedir permiso en el trabajo, tareas de cuidado de familiares, viajes, etc.
- d. Si el paciente presenta alguna de las dificultades referidas, hablar con él/ella para intentar adecuar los horarios de la consulta o recogida de medicación.
- e. Considerar dar medicación para un tiempo más largo (2-3 meses), o enviarla a su domicilio (mediante mensajería protección civil, ONG...) si el paciente tiene dificultad para recogida de medicación.
- f. Si el paciente no dispone de medios técnicos para la realización de la TC podría realizarse a través de los Centros de AP, Centros de Drogodependencia, ONGs, recursos comunitarios y programas de educación entre pares, con su consentimiento expreso.

Acciones para incentivar el seguimiento de pacientes que no vienen a consulta presencial:

- g. Llamar al paciente el mismo día de la consulta si no ha venido para comprobar la razón y agendar una nueva consulta.
- h. En ocasiones, el paciente no acude por no haber recibido la cita. Comprobar que sus datos de contacto son correctos.

Acciones para localizar pacientes a los que no se puede contactar mediante la TC:

- i. Comprobar todos los teléfonos disponibles del paciente en la historia clínica, en cualquier contacto que el paciente establezca con el centro.
- j. Avisar al servicio de farmacia para que cuando venga a recoger medicación le avisen y le indiquen que vaya a la consulta.
- k. Implementar un sistema de alertas desde el laboratorio si no se han realizado la extracción.
- l. En ocasiones es útil contactar con su médico de Atención Primaria, que puede ver al paciente de forma más frecuente (y avisarle de que venga a la consulta) o bien disponer de otros datos de contacto del paciente.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Caitlin E Coombes, Megan E Gregory. The Current and Future Use of Telemedicine in Infectious Diseases Practice. Review Curr Infect Dis Rep. 2019;21(11):41.
2. Trisha Greenhal, Joe Wherton, Sara Shaw, Clare Morrison Video Consultations for COVID-19. BMJ. 2020;368:m998.
3. Javeed Siddiqui, Thomas Herchline, Summerpal Kahlon, Kay J. Moyer, John D. Scott, Brian R. Wood et al. Infectious Diseases Society of America Position Statement on Telehealth and Telemedicine as Applied to the Practice of Infectious Diseases. Clinical Infectious Diseases. 2017;64(3):237–42.
4. Jeremy D Young, Rima Abdel-Massih, Thomas Herchline, Lewis McCurdy, Kay J Moyer, John D Scott et al. Infectious Diseases Society of America Position Statement on Telehealth and Telemedicine as Applied to the Practice of Infectious Diseases. Clinical Infectious Diseases. 2019; 68(9):1437–1443.
5. Emilie Venables, Zibusiso Ndlovu, Dhodho Munyaradzi, Guillermo Martínez-Pérez, Elton Mbofana, Ponesai Nyika et al. Patient and Health-Care Worker Experiences of an HIV Viral Load Intervention Using SMS: A Qualitative Study. PLoS One. 2019;14(4):e0215236.
6. Telemedicina durante la epidemia de COVID-19 en Chile: Guía de Buenas Prácticas y Recomendaciones Teleconsulta en tiempos de pandemia. 2020. Accesible: <https://cens.cl/wp-content/uploads/2020/04/cens-gua-teleconsulta-en-tiempos-de-pandemia.pdf> (Consultado el 10.06.2020).
7. ASD. Guía Básica de Recomendaciones para la Teleconsulta. Mayo de 2020. Accesible: https://salud-digital.es/wp-content/uploads/2020/05/Guia_ASD_mayo2020.pdf (Consultado: 12.06.2020).
8. Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 2016. Accesible: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28413/9789275319031_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y (Consultada: 12.06.2020)
9. La telemedicina en el acto médico. Comisión central de deontología de la OMC. 10 de junio de 2020. Accesible: <https://www.commurcia.es/data/archivos/Informe%20Telemedicina%20OMC.pdf> (Consultado: 12.06.2020)
10. Fase de transición de la pandemia por SARS-CoV-2 en Atención Primaria.
Accesible:
<https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2020/05/FASE-DE-TRANSICION-DE-LA-PANDEMIA-POR-SARS-CoV-2-EN-ATENCION-PRIMARIA.pdf> (Consultado el 16/6/20)