



Calidad de atención en teleenfermería a pacientes con Covid-19 leve

Helga Celina Samudio Coceres

Carrera de Licenciatura en Enfermería, Universidad Abierta Interamericana, Facultad de
Medicina y Ciencias de la Salud, Sede Buenos Aires

M3-17-44 Taller de trabajo final 2

PhD. Silvia Laura Calisaya

Lic. Cesar Hugo Navarro

7 de diciembre 2022

Índice

Resumen.....	7
Introducción	8
Problema Científico	10
Problema General.....	10
Problemas Secundarios	10
Relevancia.....	12
Relevancia Teórica.....	12
Relevancia Práctica	13
Justificación de Conveniencia y Relevancia Social	14
Hipótesis	16
Contextualización	17
Antecedentes	17
Marco Legal y Normativo Relativo al Problema	22
Contexto Local	25
Marco Teórico.....	28
Modelos y Teorías de Enfermería	28
Teoría Ambiental de Florence Nightingale.....	28
Modelo de la Promoción de la Salud de Nola Pender	29
Calidad de Atención	30

Equitativo.....	30
Género.....	31
Edad.....	31
Raza.....	31
Ubicación Geográfica.....	31
Estrato Socioeconómico.....	31
Seguro	31
Minimiza el Daño..	31
Centrado en las Personas	31
Respeto y Responde a sus Preferencias..	31
Necesidades.....	31
Valores.....	31
Oportuno	31
Mínimo de Demoras en la Prestación de Servicios.....	32
Teleenfermería	32
Modalidad de Atención.....	32
Modalidad Asincrónica.....	32
Monitoreo Remoto.....	33
Covid-19.....	33
Forma Leve de la Enfermedad.....	33

Internación Domiciliaria	33
Percepción.....	35
La Teoría Psicológica de Gestalt	35
Percepción Sensorial.....	35
Percepción Intelectual.....	35
Objetivos.....	36
Objetivo General	36
Objetivos Específicos.....	36
Diseño Metodológico.....	37
Tipo de Diseño	37
Unidad de Análisis	37
Población de Estudio.....	37
Muestra.....	38
Fuentes de Información.....	38
Matriz de Datos.....	39
Tabla Operacional	39
Presentación y Análisis de Datos	48
Tabla 1.....	48
Gráfico 1.....	48
Tabla 2.....	49

Gráfico 2.....	49
Tabla 3.....	50
Gráfico 3.....	50
Tabla 4.....	51
Gráfico 4.....	51
Tabla 5.....	52
Gráfico 5.....	52
Tabla 6.....	53
Gráfico 6.....	53
Análisis de Datos de las Tablas 1-2-3-4-5-6	54
Tabla 7.....	55
Gráfico 7.....	55
Tabla 8.....	56
Gráfico 8.....	56
Tabla 9.....	57
Gráfico 9.....	57
Análisis de los Datos de las Tablas 7-8-9	58
Tabla 10.....	58
Gráfico 10.....	59
Análisis de los Datos de la Tabla 10	59

Tabla 11.....	60
Gráfico 11.....	60
Análisis de los Datos de la Tabla 11	61
Análisis Cualitativo de la Dimensión Calidad de Atención Oportuna.....	61
Tabla 12.....	62
Gráfico 12.....	62
Tabla 13.....	63
Gráfico 13.....	63
Tabla 14.....	63
Gráfico 14.....	64
Análisis de los Datos de las Tablas 12, 13 y 14	64
Discusión.....	65
Conclusión	70
Recomendaciones.....	71
Bibliografía	72
Anexos	77
Anexo 1. Modelo del Instrumento.....	77
Anexo 2. Tabla de Valor de las Dimensiones	83
Anexo 3. Valor de las Dimensiones	86
Anexo 4. Consentimiento Informado	87

Resumen

La teleenfermería es el cuidado que brinda el profesional enfermero de forma remota a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación (TICs). Esto facilitó la atención pasando por alto barreras como la distancia y los aislamientos, lo que permitió garantizar los cuidados durante la reciente pandemia. El objetivo del estudio fue analizar cómo resultó la calidad de atención brindada por primera vez por parte del equipo enfermero de seguimiento de la unidad febril de urgencia (UFU) Ferrer de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) Argentina, a pacientes con indicación de internación domiciliaria con diagnóstico de Covid-19 leve. La investigación tiene un enfoque cuantitativo deductivo y retrospectivo con diseño no experimental transversal y descriptivo; implementando una encuesta diseñada en Google forms con 25 preguntas abiertas y cerradas, y la participación voluntaria de 50 personas. Los resultados obtenidos indican que, la calidad de atención fue equitativa, ya que se atendió tanto a argentinos como a extranjeros, con y sin cobertura social. En cuanto a la calidad de atención seguro, un 94% refirió haber entendido siempre las indicaciones de los enfermeros, mientras que, un 6% mencionó que a veces no. El 100% afirmó que la calidad de atención estuvo centrada en las personas, y con respecto a la calidad de atención oportuno, un 94% dice haber sido atendida según su demanda, pero otro 6% refiere que no. Se concluye que esta estrategia de atención fue satisfactoria de acuerdo con la necesidad planteada por la situación epidemiológica del momento.

Palabras claves: teleenfermería, atención remota, TICs en enfermería

Introducción

Con la llegada de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 (por sus siglas en inglés que responde a: “Síndrome Respiratorio Severo Agudo Coronavirus 2”), Covid-19 (nombre de la enfermedad), o “Coronavirus” (por su nombre genérico), y de la emergencia sanitaria que provocó a nivel mundial, a los pacientes con diagnóstico positivo que hayan transitado la enfermedad de forma leve se les indicaba la internación domiciliaria, siempre que cuenten con las condiciones de habitabilidad y gestión para llevarse a cabo en sus hogares, lo que permitió en cierta forma evitar el colapso sanitario. “La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elaborado orientaciones provisionales para responder a esta necesidad” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). Esto significó que todos los países del mundo tuvieron que ajustarse y adaptarse a diferentes estrategias para hacerle frente a una pandemia que nos tomó por sorpresa y que generó muchos inconvenientes en la atención sanitaria debido al aumento de la demanda. Es entonces donde la modalidad de atención remota aparece en escena y cobra mayor relevancia ya que esta permitió mantener la continuidad de los cuidados en un contexto de aislamiento social generalizado. Lo relevante de esta situación es que, en algunas regiones del mundo esta estrategia ya era conocida y, por lo tanto, el personal de salud estaba capacitado y la población conocía este servicio, pero en otras partes como en la región de las Américas, todavía es considerada como una estrategia innovadora. Asimismo, se requiere de una implementación tecnológica, formación específica y aceptación a este tipo de atención a distancia. Lo cierto es que, esta modalidad presenta muchas ventajas teniendo en cuenta el contexto de la emergencia sanitaria y como se desarrolló durante la pandemia del coronavirus.

Aquí, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), también se implementaron nuevos mecanismos para la atención médica, y “el Ministerio de Salud (MSAL) incorporó

unidades anexas a las guardias de los hospitales públicos llamadas unidades febriles de urgencia (UFU) con el objetivo de crear un circuito especial de atención a pacientes febriles sospechosos de Covid-19” (Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2020).

Por lo tanto, en la UFU Ferrer que dependía del Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer (HRRMF) situado en la CABA, Argentina, su comité de crisis ha decidido reunir a diferentes profesionales del personal licenciado por la dispensa laboral, entre ellos médicos y enfermeros, formando así un equipo interdisciplinario para realizar el seguimiento clínico de forma telefónica a todas aquellas personas de 18 años o más que fueron atendidos por esta unidad febril y hayan sido derivados a su domicilio para autoaislarse y transitar la internación domiciliaria hasta su alta epidemiológica. En esta investigación, nos vamos a centrar en la atención remota que realizó el personal de enfermería (Teleenfermería) involucrado en el seguimiento a los pacientes con indicación de internación domiciliaria. El diseño del estudio tendrá un enfoque cuantitativo, del tipo descriptivo y retrospectivo, y el objetivo es analizar cómo fue la calidad de atención brindada por primera vez por parte del personal de enfermería interviniente en la atención remota a través de la modalidad de teleenfermería.

Problema Científico

Por primera vez con la llegada de la pandemia del Covid-19, el HRRMF tuvo que reconvertir su atención a los pacientes con diagnóstico positivo de coronavirus leve, a la modalidad de atención de forma remota, a distancia o también llamada como telemedicina, debido a la alta demanda por la gran cantidad de contagios en la población. Esto representó un gran desafío para todo el personal involucrado, y enfermería no fue la excepción. Teniendo en cuenta que con el apoyo y el buen uso de las tecnologías de la información y comunicaciones (TICs) es posible realizar un monitoreo continuo, seguimiento clínico, fomentar la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, empoderar al paciente en el autocuidado, etc., es que se vuelve necesario abordar esta cuestión. Por lo tanto, el planteamiento está relacionado con averiguar y describir como fue la calidad de atención recibida en los pacientes con Covid-19 leve atendidos por el personal de enfermería de forma remota (Teleenfermería), que formó parte del equipo interdisciplinario de seguimiento, de la UFU Ferrer-CABA Argentina durante el periodo de abril-diciembre 2021.

Problema General

¿Cómo fue la calidad de atención en teleenfermería brindado por parte del personal enfermero de seguimiento de la unidad febril de urgencia UFU Ferrer de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) Argentina a pacientes internados en su domicilio con diagnóstico de Covid-19 leve durante los meses de abril a diciembre del año 2021?

Problemas Secundarios

¿Qué tan equitativo se percibió la atención remota en el seguimiento de la internación domiciliaria?

¿Cuál fue la percepción de los pacientes con respecto al grado de seguridad en la atención recibida?

¿Cómo se considera la percepción sobre el servicio de teleenfermería pensado desde la perspectiva centrado en las personas?

¿Qué percepción hay sobre qué tan oportuna fue la calidad de atención remota recibida durante la estadía de la internación domiciliaria?

Relevancia

Se entiende como telemedicina a la prestación de servicios médicos a distancia a través del uso de herramientas tecnológicas. De esta forma, un profesional de las ciencias de la salud puede brindar asistencia un paciente sin estar en contacto físico directo. Lo mismo sucede en el caso del profesional de Enfermería, capaz de realizar atención remota con la modalidad de teleenfermería. Lo interesante es que esta fue una de las alternativas utilizadas en el contexto de pandemia por diferentes integrantes del equipo sanitario, con el objetivo de garantizar la atención y el seguimiento clínico en momentos de alta circulación del virus SARS-CoV-2 en los pacientes que tenían indicación de internación domiciliaria al cursar la enfermedad de forma leve. Es sabido que esta tendencia de atención remota va en aumento, y que, gracias a la pandemia, se la podría considerar como una nueva opción de aplicación (dependiendo del contexto) en la atención a pacientes, especialmente en zonas e instituciones que necesiten dar una respuesta a la alta demanda con distintas situaciones de salud que puedan resolverse con esta modalidad. Por eso, es necesario considerar el grado de aceptación, satisfacción y resultados logrados entre otras cosas, para tenerla presente como antecedente y a futuro, pensar en incluir esta forma de atención con mayor frecuencia en el ejercicio de la profesión en diferentes áreas que sean potencialmente posible.

Relevancia Teórica

Bajo la concepción de que la salud es un derecho fundamental, y la equidad es un aspecto primordial para hacerlo efectivo, la Cobertura Universal de la Salud (CUS) implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos y de calidad. El concepto de cobertura trasciende el de acceso, en tanto, implica la continuidad de la atención, integralidad,

coordinación de cuidados, con efectividad, equidad y calidad. De eso se trata la cobertura efectiva a la que hace referencia el concepto de CUS. (Subsecretaría de Coberturas Públicas Sanitarias, 2018)

Lo citado anteriormente nos debe hacer recordar lo difícil que resultó el manejo de la pandemia debido a la gran cantidad de personas contagiadas por coronavirus, provocando varias consecuencias como, por ejemplo, la de sufrir discriminación. En tanto, para los gobiernos y el personal de salud se volvió todo un reto y un gran desafío, garantizar que todas las personas reciban los servicios de salud que necesitan, con adecuado acceso y calidad.

También es sabido que, en otras partes del mundo, la telesalud y los profesionales de enfermería están mucho más vinculados al uso de las tecnologías y su aplicación en la atención, por eso la American Telehealth Association (ATA) menciona que la enfermería de telesalud es una herramienta para ofrecer cuidados de enfermería de forma remota con la intención de mejorar la eficiencia y el acceso del paciente a la sanidad. Sin embargo, una llamada o consulta de telesalud es más que una simple llamada telefónica, y las enfermeras que responden a estas llamadas participan en el proceso de cuidados sanitarios en conjunto. (Elsevier, 2019)

Por este motivo, resulta interesante describir como fueron los resultados de la atención a través de la modalidad de teleenfermería, y como su ejercicio en la asistencia y seguimiento a pacientes con barreras a superar como la distancia provocada por el aislamiento, fueron resueltas por la aplicación de esta metodología de atención.

Relevancia Práctica

Millones de personas en todo el mundo han sufrido el distanciamiento físico como consecuencia de la propagación del Covid-19. Por este motivo, las tecnologías de la información

y comunicaciones (TICs) se ha posicionado como uno de los mejores medios principales de interacción y colaboración. Entre las ventajas de aplicar esta nueva metodología de atención, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) refiere: “mayor acceso a la información y a la prestación de servicios; control de calidad de los programas de detección y reducción de los costos de la atención en salud”, por mencionar algunos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

El Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS, considera que es fundamental aprovechar el potencial de las tecnologías digitales para alcanzar la cobertura sanitaria universal. Al fin y al cabo, estas tecnologías no son un fin en sí mismas, sino herramientas esenciales para promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a las poblaciones vulnerables. (OMS, 2019)

Lo anteriormente mencionado nos hace reflexionar sobre la importancia que tiene para el ejercicio profesional enfermero reconsiderar y adentrarse al conocimiento sobre todo lo relacionado a la teleasistencia o telesalud y a fomentar la capacitación y formación en el uso de las TICs y su aplicación en el ámbito sanitario correspondiente, en vista de las grandes ventajas que esta ofrece para la comunidad (mayor accesibilidad, más comodidad, económica, mejor optimización del tiempo, amplia disponibilidad de los profesionales de la salud, etc.) teniendo en cuenta los acontecimientos recientes, y a su vez, pensando en la posibilidad de fomentar y difundir a futuro una especialidad en teleenfermería que pueda prestar servicios en el ámbito público ayudando a descomprimir las altas demandas de la comunidad.

Justificación de Conveniencia y Relevancia Social

La definición que adoptó la OPS fue la siguiente: la prestación de servicios de atención de la salud, donde la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales de la salud

que utilizan tecnologías de la información y de la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, la investigación y la evaluación, y para la formación continuada de los profesionales de la salud, todo en aras de avanzar en la salud de los individuos y sus comunidades. (OPS, 2016)

En el mundo globalizado que pertenecemos y teniendo en cuenta la gran utilidad que proporcionan el uso de las tecnologías en los servicios de salud, y a su vez, como los profesionales y la población debieron adaptarse de forma casi inmediata a la telemedicina en medio de la pandemia como un recurso alternativo que posibilitaba mantener la comunicación, seguir un tratamiento, hacer consultas, evaluar el seguimiento clínico, etc., se vuelve interesante averiguar el impacto y la opinión de quienes se volvieron usuarios de este tipo de servicio. Esto nos permitirá realizar una revisión de esta modalidad de atención, potenciar sus virtudes y difundir aún más los beneficios de aplicarlo en enfermería cuya profesión se especializa en el cuidado, teniendo presente diferentes actividades de su incumbencia como aquellas que promuevan el autocuidado, que es un área clave que requiere fortalecerse. Tenemos que pensar a la enfermería como una profesión más global, con implicancias y dimensiones que trascienden a las tareas de asistencia directa, para reconocer su potencialidad en este campo.

Hipótesis

La calidad de atención en teleenfermería brindado por el equipo de enfermería de seguimiento de la unidad febril de urgencia (UFU) Ferrer de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) Argentina, a pacientes con indicación de internación domiciliaria por Covid-19 leve fue oportuna.

Contextualización

Antecedentes

1-El uso de diferentes plataformas para el seguimiento de los pacientes con Covid-19 se ha extendido por diferentes lugares. Este estudio realizado en la provincia de Ourense de España, el Servicio Gallego de Salud, mediante la plataforma de asistencia domiciliaria TELEA gestionada por enfermeras pertenecientes al Equipo de Seguimiento Compartido de Atención Hospitalaria (ESCAH), aporta un control domiciliario a todos aquellos pacientes que así lo requieren. La metodología de esta investigación es cuanti-cualitativo explicativo secuencial, presenta a “TELEA”, como una plataforma de teleasistencia domiciliaria que permite el control y seguimiento de pacientes con internación domiciliaria por personal de enfermería, entre otros profesionales de la salud, refiere los siguientes resultados: de una muestra de referencia de (n=500) 36,8% eran varones, 63,2% mujeres. La edad media de los participantes era de 45,05 años, con un rango de 15 a 90 años. La captación por enfermería entre el tiempo transcurrido desde la realización de la prueba de la proteína C reactiva (PCR) hasta el inicio de TELEA 3, 4 días, con una mediana de 3 días. 30,6% de los pacientes fueron catalogados como de alto riesgo y 69,4% de bajo riesgo. El 11,4% se derivaron para la atención médica y el 88, 6% fueron resueltos por el equipo enfermero. Los datos del estudio cuantitativo muestran un paciente proactivo, cifras bajas de ingresos y atención en urgencias durante su estancia en TELEA-ESCAH y una alta capacidad de resolución enfermera. El estudio cualitativo muestra la satisfacción de los pacientes con la plataforma y el cuidado integral proporcionado por las enfermeras (Rodríguez Feijóo et al., 2020).

2-Una revisión integrativa publicada por una Revista Brasileira de Enfermería (REBEn) habla de la Teleenfermería en el cuidado, educación y gestión en América y el Caribe, analiza el

conocimiento producido sobre teleenfermería en relación con los roles de cuidado, educación y gestión de los enfermeros de América Latina y el Caribe a partir de la evidencia científica y menciona que aun siendo novedosa la teleenfermería en algunos lugares del mundo como Europa y Estados Unidos, en América Latina y El Caribe sigue siendo un reto actual en posicionarla o instalarla entre las enfermeras y las personas en que van dirigidas sus acciones. Este estudio pone en evidencia el bajo conocimiento producido sobre teleenfermería relativo a los roles del cuidado, educación y gestión de los enfermeros. Los resultados fueron los siguientes: de los 12 estudios seleccionados, el 66,7 % (8) son artículos originales, el 25% (3), artículos de revisión, y el 8,3% (1), un relato de experiencia. El 66,7% (8) corresponde a estudios realizados por enfermeros de Brasil; los restantes, dos estudios realizados en Chile, uno en Colombia y uno en Costa Rica. El 75% (9) fue publicado en el idioma inglés, el 75% (9) de los estudios está relacionado al cuidado. No se encontraron estudios al rol de la gestión. Esto evidencia que aún es muy nueva la práctica de teleenfermería en esta región del mundo es muy nueva y demuestra la necesidad de que los enfermeros deben no solo empoderarse, sino también abrazar esta modalidad y plasmarla efectivamente en su práctica clínica (Toffoletto & Tello, 2020).

3-Otro estudio que se realizó en Pamplona, en la universidad de Navarra, España, realiza una revisión sistemática de 34 artículos donde se realiza el abordaje del cuidado individualizado e integral a los pacientes que conviven con procesos crónicos mediante teleenfermería. Debido al aumento del envejecimiento y la esperanza de vida en la población de Europa, los procesos crónicos han crecido en la sociedad, es por ello por lo que se realizó esta revisión sistemática llegando a estos resultados: en un 56% (119 de los estudios seleccionados) identifican al soporte web (páginas, videos con fines educativos, enlaces, formularios autoevaluativos, cursos de autoformación, reuniones online con el profesional enfermero) como características principales

de la teleenfermería que favorecen la relación enfermero-paciente convirtiéndolo a este en un experto en su proceso de autoconocimiento y cuidado. Un 26% (9 de los estudios seleccionados) refieren al seguimiento telefónico como otra de las características propias de la teleenfermería resaltando la atención individualizada y específica en relación con su enfermedad. Por último, el 53% de los estudios seleccionados identifican a los dispositivos electrónicos como móviles, ordenadores o tabletas como herramientas para fomentar el cuidado de los pacientes mediante distintas aplicaciones. Entre las barreras y facilitadores, los 34 estudios fueron unánimes en referir las siguientes características de ambos. Barreras: el perfil del paciente (edad, nivel educativo y socioeconómico bajo) y la reticencia de los profesionales de enfermería (sobrecarga laboral, falta de tiempo y la dificultad para manejar aparatos electrónicos, la falta de conocimiento y/o familiarización con las nuevas tecnologías). Entre los facilitadores se incluyen las nuevas tecnologías, porque permite al paciente acceder a la información, solventar dudas o consultar en todo momento, expresando satisfacción en el automanejo de la enfermedad u beneficiando la relación enfermero-paciente como más constante, cercana, diaria, ya que los dispositivos permiten el contacto directo (Alcázar & Ambrosio, 2019).

4-Asimismo, otro estudio que habla del conocimiento, práctica y percepción de enfermeras respecto a teleenfermería como estrategia de continuidad del cuidado publicado en una revista oficial de la Facultad de Enfermería y Tecnología de la Salud de la Universidad Católica del Uruguay (UCU) aborda este tema con la intención de exponerlo para generar el dialogo en la comunidad internacional demostrando que la enfermería es una profesión capaz de modernizarse en estos aspectos. Se optó por una investigación cuantitativa exploratoria transversal con un cuestionario tipo entrevista previamente validado con preguntas abiertas y cerradas con una muestra seleccionada de 104 enfermeros de un hospital tipo A de Costa Rica.

Con respecto a los resultados un 68, 3% de los participantes tenían un rango de edad de 26 a 45 años y fueron mujeres y el 97, 1% costarricense. Todos habitando el Gran Área Metropolitana y de diversos puestos y servicios de enfermería. Con respecto al conocimiento de las enfermeras participantes en relación con la teleenfermería se identificó que un 52% habían escuchado sobre TIC, atribuyendo haber oído el término en sitios como: en la universidad 29%, en el lugar de trabajo 26%, en un congreso 24%. Para ver si las participantes tenían algún conocimiento previo de computación, telemática y cursos online, se les preguntó y los resultados son: hicieron cursos de computación un 69%, cursos online 19%, cursos de telemática 4%, y ninguno de los anteriores un 25%. En relación con el conocimiento sobre algunas terminologías utilizadas en ciber salud, los resultados muestran lo siguiente: Telemedicina 68%, Teleenfermería 26%, E-Learning 13%, Telesalud 10%, Tele-Cuidado 10%, Tele-Farmacia 9%, Tele-Psiquiatría 5%, E-Health 1%, ninguno 20%. Con respecto al lugar de trabajo se observó que un 87% utiliza el teléfono fijo y el 53% la computadora. Un 28% expresaron no tener computadora en el servicio o departamento hospitalario, y el 10 % de quienes si tenían acceso en su servicio expresaron no usar la computadora por la lentitud y/o por ser ocupada por otros profesionales. Durante la jornada laboral las participantes usan el teléfono fijo principalmente para comunicarse con otros servicios dentro del centro hospitalario un 83%, para comunicarse con otros profesionales del área de la salud un 78%, con la familia o responsable del usuario el 77%, y para comunicarse con el usuario con respecto a su estado de salud un 57%. Por otra parte, el ordenador es utilizado en el trabajo para conocer resultados de laboratorio y exámenes médicos 49%, para comunicarse con el usuario respecto a su estado de salud un 3%, y con la familia o responsable de la condición de salud del usuario un 3%. En lo que respecta a usar algún medio de comunicación para informarse sobre el estado de salud de un usuario que se encuentra a distancia, el 82%

afirmó usar la llamada telefónica, el 29% el mensaje de texto, el 17% ninguno de los medios consultados, el 16% usa el correo electrónico, 10% chat y el 3% video llamada. Sobre la percepción de los participantes de teleenfermería el 81% afirmó estar “totalmente de acuerdo” con las TIC como una herramienta funcional en el campo de la salud, el 83% expreso estar “totalmente de acuerdo” con la aplicación de la TIC en enfermería. El 63% dijo estar “totalmente de acuerdo” y un 26% “de acuerdo” en que es posible dar continuidad a los cuidados a distancia por medio de dispositivos electrónicos (Caravajal Flores & Vásquez Vargas, 2016).

5-En España, otro estudio presentado por el Instituto de Estudios Superiores de Empresa IESE Business School University of Navarra, habla sobre la gestión remota de pacientes, percepción de los profesionales y los pacientes, consideran que el uso de las intervenciones en teleenfermería no es solo una opción del futuro sino una realidad palpable. Este estudio realizó encuestas online a los profesionales de la salud y el estudio online organizado en dos grupos focales a los pacientes, con el objetivo de recabar opiniones acerca de las dos partes implicadas en el sistema de la Gestión Remota de Pacientes (GRP). Los resultados más relevantes son: entre el 80% y el 90% de los profesionales de la salud estaría dispuesto a utilizar sistemas de teleatención si estuviesen disponibles. Más del 85% considera que mejoran la calidad de atención. El 75% de los enfermeros creen que los pacientes crónicos se podrían beneficiar de los sistemas de teleatención. Con respecto a los mayores obstáculos al uso de las tecnologías son la falta de acceso a las mismas, el escaso nivel de conocimiento tecnológico y la falta de confianza en ella. En cuanto a la opinión de los pacientes, dice que el 70% usaría estas intervenciones si fuese una opción disponible. Entre las mayores preocupaciones se presentan las de perder el contacto personal con el profesional de la salud y la posible falta de privacidad en las consultas (Reutskaja & Rivera, 2013).

Marco Legal y Normativo Relativo al Problema

La incorporación de nuevas tecnologías al proceso de atención y documentación de la salud requiere de la interpretación, revisión y adaptación de leyes y reglamentos ya existentes. Esto representa un gran desafío para la implementación de la telesalud sea cual fuere su especificidad (telemedicina, teleenfermería, etc.).

Por ejemplo, de acuerdo con lo que se declara en el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), LeRouge indica que mientras algunos países apenas tienen una política nacional (como Panamá, México y Guatemala), otros han desarrollado una estrategia nacional de telesalud (como Perú, Colombia, Guatemala, Panamá, Uruguay, México, Costa Rica, Chile y Argentina). De hecho, es a raíz de la pandemia del Covid-19 que algunas jurisdicciones ya están en el proceso de actualizar las reglas y guías existentes para abordar los problemas que han surgido a raíz de la práctica de la telemedicina durante la pandemia. (Banco Interamericano de Desarrollo [BID], 2021)

Es en este contexto, que es necesario tener en cuenta que se citará leyes, decretos, resoluciones, ordenanzas, estrategias u otros aspectos legales en relación con una red de conceptos que hacen posible la telesalud, ya en muchos países no hay una ley o reglamentación definida aún.

Por ejemplo, en la Asamblea General de las Naciones Unidas, se presentó Directrices para la regulación de los archivos de datos personales informatizados adoptadas mediante Resolución 45/95, habla de los procedimientos para llevar a la práctica las normas relativas a los archivos de datos personales informatizados se dejan a la iniciativa de cada Estado, con sujeción a las siguientes orientaciones, y en su principio 7, que habla de la seguridad, dice que “deben adoptarse medidas adecuadas para proteger los archivos tanto contra peligros naturales, como la

pérdida destrucción accidental, como humanos, como el acceso no autorizado, el uso fraudulento de los datos o la contaminación mediante virus informáticos” (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1990).

En Colombia, por su parte, la Ley N° 1419 donde se establecen los lineamientos de la telesalud en ese país, habla en su Artículo N° 3 sobre los Principios de la Telesalud.

Agrega: Son Principios generales de la Telesalud la eficiencia, la universalidad, la solidaridad, la integralidad, la unidad y la participación, en los términos definidos por el artículo 2° de la ley 100 de 1993. Así mismo, constituye uno de los principios de esta, la calidad de la atención de salud, entendida como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (Ley 1419, 2010)

En el caso de la Argentina se establecieron estrategias para el funcionamiento del sistema de salud en relación con el uso de las TICs en prácticas afines a la telesalud, lo que permitió que durante la pandemia muchos profesionales de la salud, entre ellos enfermeros, puedan atender y brindar cuidados de forma remota. Considerando lo anterior, se vio necesario aprobar la Estrategia Nacional de Salud Digital, conocida también como Plan Nacional de Telesalud 2018-2024 por medio de la Resolución 189/2018 pensado como una línea de acción de los sistemas de información para facilitar mediante el uso de las TICs herramientas para la gestión eficiente orientada a la prevención, promoción y asistencia de los usuarios del sistema de salud, como así la capacitación continua de los equipos de salud (Ministerio de Salud y Desarrollo de Acción Social. Secretaría de Gobierno de Salud, 2018).

A su vez, el 13 de septiembre de 2019 fue publicada la Disposición N° 1/2019 dictada por la Dirección Nacional de Sistemas de la Información en Salud que aprueba la Recomendación del uso de la Telemedicina: encuentro entre el profesional de la salud y el paciente utilizando las TICs en tiempo real, dada la ausencia del marco legal y regulatorio se elaboran recomendaciones para su práctica a los efectos de colaborar en el desarrollo y la implementación de la Telesalud (Argentina.gob.ar, 2019)

Asimismo, con respecto a la “Ley de telemedicina”, el marco normativo aquí en Argentina, tras una reunión plenaria de senadores el 1 de septiembre de 2020, se trataron diversos Proyectos sobre Telemedicina e Historia Clínica Digital, el 15 de octubre de 2020 ha sido sancionado por el Senado de la Nación Argentina el Proyecto de Ley de Telemedicina como prestación de servicios de salud. Para la aprobación definitiva y su entrada en vigor es necesaria la promulgación por parte del Poder Ejecutivo. Cabe señalar que las provincias puedan regular aquellos aspectos normativos que afectan a la salud, ante la transferencia de competencia constitucional, la Ley definitiva que regulará la Telemedicina, como prestación de los servicios de salud es la Ley marco, la que deben considerar las Provincias en su desarrollo normativo. Este proyecto de Ley es un escalón más en el circuito normativo argentino (Ley 27.078 sobre Argentina Digital, Ley 25.326 sobre habeas data, Ley 26.529 sobre el Derecho del Paciente, Ley 27.533 sobre las Recetas electrónicas y digitales, Proyecto de Ley de Historia Clínica Electrónica) para alcanzar la atención médica digital y la conectividad nacional en el ámbito de la salud, con el objetivo de mejorar la accesibilidad de las personas, el fortalecimiento de los procesos de salud, y optimizando los recursos disponibles, a la vez que define cuáles son las condiciones para la implementación y las prácticas a distancia de los servicios sanitarios que deben implementarse para alcanzar dichos objetivos. Por ello, deben aprobarse recursos

normativos para que permitan alcanzar la esencialidad de los servicios de las TICs y el acceso a las redes garantizando de ese modo la disponibilidad, desde un precio justo y razonable como recoge el Decreto 690/2020 que modifica la Ley 27.078 sobre Argentina Digital que considera que internet “es un derecho digital que posee toda persona con el propósito de ejercer y gozar del derecho a la libertad de expresión” (BID, 2021)

Ahora bien, cabe mencionar que en cuanto a las provincias que conforman nuestro país, 24 en total incluida la CABA, sorpresivamente sólo a provincia de La Rioja tiene una Ley que hace referencia a la telesalud.

Citamos a la Ley N° 10273 donde en su Artículo N°1 aclara su objeto y alcance. Dice: La presente ley tiene por objeto establecer la implementación y desarrollo de la Telesalud con el fin de avanzar hacia la cobertura integral de la salud como prestación de los servicios públicos y privados, a fin de mejorar su eficiencia, calidad e incrementar su alcance mediante el uso de tecnologías de la información y de la comunicación bajo estándares de interoperabilidad, seguridad y privacidad de la información, que impulsen prácticas seguras y de calidad centradas en las personas en el territorio de la provincia de La Rioja. (Ley 10273, 2020)

Contexto Local

Este estudio se llevará a cabo en CABA, Argentina, pero teniendo en cuenta como población a todas aquellas personas adultas que se hayan acercado a consultar en la UFU Ferrer, sean que trabajen o vivan dentro de Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), que es una delimitación utilizada por el Instituto de Estadística y Censos (INDEC) desde el año 2003 que abarca a CABA y 24 partidos del Gran Buenos Aires (GBA), para solicitar asistencia, control y seguimiento a través de la modalidad de teleenfermería durante su internación domiciliar por

contraer la enfermedad de coronavirus, con diagnóstico de Covid-19 leve durante el periodo de abril a diciembre del año 2021. La unidad de análisis será cada persona de 18 años o más que se acercó a la UFU Ferrer, que recibió diagnóstico de Covid-19 leve con indicación de internación domiciliaria y que fue atendida con la modalidad de teleenfermería. Para contextualizar el momento en que se realiza este trabajo es necesario mencionar algunos datos demográficos de la población, en este caso de la CABA con un total de 2.890.151 habitantes, en una superficie de 200 km², y una densidad de 14.450,8 hab/km², según datos jurisdiccionales del último censo del año 2010 publicado en el portal web oficial del país (Argentina.gob.ar, 2022). En cuanto a la población de varones del rango etario de 15 a 64 años hay 916.862 y mayores de 65 años 172.611 y el de mujeres con rango etario de 15 a 64 años hay 1.026.707 y mayores de 65 años 301.460 habitantes según datos del mismo censo antes mencionado. En cuanto a los datos correspondientes al resto de los 24 partidos que conformaban el AMBA en ese mismo periodo, los datos publicados por el INDEC mencionan: un total de habitantes de 9.916.715 habitantes, de entre ellos, varones del grupo etario de entre 15 a 64 años con 3.154.735 habitantes y mayores de 65 años un total de 397.479 habitantes. En el caso de las mujeres hay 3.285.495 habitantes con una edad de entre 15 a 64 años y mayores de 65 años hay 591.229 habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC], 2010).

Asimismo, hay que tener en cuenta las últimas actualizaciones sobre la nueva conformación de los partidos que se incluyen el AMBA, especialmente estimando que hubo un crecimiento demográfico y el contexto generado durante la pandemia, según lo informa el portal oficial del país refiere lo siguiente: El AMBA es la zona urbana común que conforman la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los siguientes 40 municipios de la Provincia de Buenos Aires: Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Berisso,

Brandsen, Campana, Cañuelas, Ensenada, Escobar Esteban Echeverría, Exaltación de la Cruz, Ezeiza, Florencio Varela, General Rodríguez, General San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza, Lanús, La Plata, Lomas de Zamora, Luján, Marcos Paz, Malvinas Argentinas, Moreno, Merlo, Morón, Pilar, Presidente Perón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Miguel, San Vicente, Tigre, Tres de Febrero, Vicente López, y Zárate. (Argentina.gob.ar, 2020)

En cuanto a las medidas sanitarias que se tomaron en nuestro país, fueron varias para mitigar la pandemia, pero recordemos que al principio de la pandemia no había ningún plan de vacunación para la población, y que las únicas medidas implementadas de bioseguridad eran aplicar la higiene de manos, el distanciamiento social y el uso de barbijo entre otras medidas.

A su vez, una vez emitido el Decreto Nacional de Urgencia (DNU) se estableció el aislamiento o cuarentena en la población, denominado Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y el Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO). El ASPO abarcó inicialmente todo el territorio del país desde el 20 de marzo hasta el 26 de abril inclusive. A partir del 27 de abril se establecieron diferentes medidas de forma segmentada de acuerdo con la situación epidemiológica de cada lugar. Inicialmente la pandemia se concentró principalmente en la zona del AMBA, pero con el correr del tiempo luego se extendió hacia todo el territorio nacional (DNU 297/2020, 2020). Otra fecha importante para considerar de este contexto local es que el 29 de diciembre se comenzó con la primera campaña de vacunación contra el Covid-19, esperando la llegada de las vacunas para enero del 2021 (Resolución 2883/2020, 2020).

Marco Teórico

Este tema de investigación trata sobre la calidad de atención en pacientes con Covid-19 leve atendidos por la modalidad de teleenfermería. Se estudiará a personas de 18 años o más residentes del Área Metropolitana de Buenos Aires AMBA, que hayan consultado en la unidad febril de urgencia UFU Ferrer y que hayan transitado la enfermedad de forma leve con indicación de internación domiciliaria durante el periodo de abril a diciembre del año 2021. El diseño metodológico de este trabajo tiene un enfoque cuantitativo, del tipo descriptivo y retrospectivo. La herramienta para la recolección de datos será por medio de una encuesta con preguntas abiertas y cerradas. El objetivo es describir cómo fue la calidad de atención brindada por primera vez por parte del personal de Enfermería interviniente en la atención remota a través de la modalidad de teleenfermería.

Modelos y Teorías de Enfermería

Teoría Ambiental de Florence Nightingale

En cuanto a los modelos de enfermería que sustentan las diferentes teorías que describen, organizan y establecen en la práctica el modo de encarar, actuar y ejercer el trabajo de enfermería, podríamos decir de forma coloquial, que son las diferentes filosofías o formas de ver y entender la profesión. Sobre estas teorías, las que se pueden mencionar en relación con este trabajo, en primer lugar, es la teoría ambiental de Florence Nightingale, fundadora de la enfermería moderna. Los factores que influyeron en el desarrollo de la filosofía enfermera de Nightingale son numerosos, entre ellos están los valores individuales, sociales y profesionales, en combinación con sus creencias, recursos, educación y formación, por ejemplo, en las matemáticas y filosofía muy poco habitual para esa época. Los principales conceptos y definiciones de su teoría se centraron en el entorno, y describió los conceptos de ventilación,

calidez, luz, dieta, limpieza y ruido, todos componentes del contexto. Su preocupación estaba centrada en un entorno saludable, ya que creía que eran necesarios para aplicar los cuidados de enfermería para lograr la recuperación y mantenimiento de la salud. Su trabajo teórico se centró en los cinco elementos esenciales de un entorno saludable (aire puro, agua potable, eliminación de agua residuales, higiene y luz) se considera tan indispensable como hace 150 años (Alligood, 2014).

Modelo de la Promoción de la Salud de Nola Pender

Otra modelo que podemos mencionar es el Modelo de la Promoción de la Salud (MPS) de la teórica, la Doctora Nola Pender. Ella tuvo su primer contacto con la enfermería cuando observaba de pequeña los cuidados que le ofrecían a su tía hospitalizada. Posteriormente estudió y se recibió de Licenciada en Enfermería, hizo un máster en Crecimiento y Desarrollo Humano, y un doctorado en Psicología y Educación. A ella le interesaba saber cómo las personas tomaban decisiones sobre su propio cuidado de la salud en un contexto de enfermería. Quería saber cómo piensa la gente y en cómo los pensamientos de una persona motivan a la conducta. Creía que la enfermera se constituye como el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal. Sus fuentes teóricas se apoyan en la Teoría del Aprendizaje, de Albert Bandura (1977), el Modelo de creencia en la salud de Becker (1974), y el Modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather (1982). Los principales conceptos y definiciones que se presentan en el MPS de Nola Pender tiene que ver con las características y experiencias individuales que afectan a las acciones de la salud. Entre ellos están la conducta previa relacionada, factores personales (biológicos, psicológicos y socioculturales), beneficios percibidos de acción, barreras percibidas de acción, autoeficacia percibida, demandas y preferencias contrapuestas inmediatas, afecto relacionado con la

actividad, influencias interpersonales, influencias situacionales, compromiso con un plan de acción y conducta promotora de salud. Este MPS destaca el papel activo del paciente en gestionar las conductas de salud modificando el contexto de su entorno y menciona que los profesionales sanitarios forman parte del entrono interpersonal que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida (Alligood, 2014).

Calidad de Atención

Con respecto a la calidad de atención, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “el grado en que los servicios de salud para las personas y poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. Se basa en conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la Cobertura Universal de Salud (CUS)” (OMS, 2022).

En cuanto a los diferentes indicadores que permiten medir la calidad de atención la OMS considera que los servicios de salud deben ser: eficaz (proporcionar servicios de salud basados en evidencia a quienes los necesitan), seguro (evitar daños a las personas para las que el cuidado está destinado), centrado en las personas (proporcionar atención que responda a las preferencias, necesidades y valores individuales), oportuno (reducción de tiempo de espera y a veces de retraso dañinos), equitativo (proporcionar atención que no varía en calidad debido al género, la etnia, la ubicación geográfica y la situación socioeconómica), integrado (proporcionar atención que pone a disposición a toda la gama de servicios de salud a lo largo del curso de la vida), eficiente (maximiza el beneficio de los recursos disponibles y evita el desperdicio). En esta investigación se tomarán cuatro de los siete elementos que componen la calidad de atención (OMS et al., 2019).

Estos elementos son:

Equitativo

Género. Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.

Edad. Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo desde su nacimiento. En este caso tendremos presentes a toda aquella persona de 18 años o más, considerando los grupos etarios subdivididos así: de 18 a 64 años como adultos y 65 años o más considerados como adulto mayor.

Raza. Casta o calidad del origen o linaje.

Ubicación Geográfica. Pertenece al lugar de residencia.

Estrato Socioeconómico. Clasificación estructural de los inmuebles residenciales que deben recibir los servicios públicos.

Seguro

Minimiza el Daño. Esto incluye lesiones prevenibles y errores en la atención.

Centrado en las Personas

Respeto y Responde a sus Preferencias. Significa que el equipo de atención escucharía a sus preguntas e inquietudes, respondiendo pacientemente, desarrollando un plan de gestión en la atención con su participación activa.

Necesidades. El profesional sanitario tiene en cuenta todo aquello por lo que es demandado en su atención, para dar respuesta a las necesidades de índole físicas, psíquicas, sociales y del entorno de acuerdo con los patrones funcionales que engloban los comportamientos comunes a las personas que contribuyen a su salud y calidad de vida.

Valores. Aquellas creencias o convicciones propias del sujeto de atención.

Oportuno

Mínimo de Demoras en la Prestación de Servicios. El contacto de atención con cada prestador de servicios sería manejado de acuerdo con la agenda de pacientes, permitiendo que aquellas situaciones que requieran una intervención urgente sean reconocidas y reciban la atención correspondiente.

Teleenfermería

En cuanto a definir teleenfermería, primero es necesario definir un concepto más global que es telesalud. Esta práctica “involucra la entrega de servicios de salud usando la tecnología de la información y comunicaciones (TICs), específicamente cuando la distancia es un obstáculo para los servicios de salud”. Tiene cuatro dimensiones: teleconsulta o telemedicina, teleeducación, teleinvestigación y telegestión (Argentina.gob.ar). En el caso de la teleenfermería, esta hace referencia “al uso de las TICs que permiten superar las barreras del tiempo y el espacio” (Achury Saldaña, 2014). Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en el año 2007 hizo referencia a este término y se entiende como el uso de las TICs en la disciplina enfermera para mejorar la atención a los pacientes. El término de Teleenfermería es utilizado para visibilizar el rol enfermero en el uso de las TICs. Teniendo en cuenta que la enfermería es la profesión especializada en el cuidado, distintas acciones referidas a ese propósito pueden hacerse tanto de forma presencial como a distancia. Asimismo, aquellas actividades que promuevan el autocuidado también es un área clave de enfermería. Si pensamos a la profesión de una manera más global, entenderíamos el gran potencial de la teleenfermería en estos tiempos de grandes avances tecnológicos (Descalzo, 2021).

Modalidad de Atención

Esta actividad se comprende en tres categorías de modalidad de atención.

Modalidad Asíncrona. Asociado a las consultas diferidas.

Modalidad Sincrónica. Cuando se establece la comunicación entre el paciente y el profesional en tiempo real.

Monitoreo Remoto. Que se realiza posterior al alta cuando el paciente se recupera en su domicilio o en un centro de cuidado.

Covid-19

En tanto, podemos decir que Covid-19 es una enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2. Las personas infectadas por este virus pueden padecer la enfermedad de forma leve, moderada o grave, requiriendo de atención médica, incluso puede ser mortal para aquellas personas con enfermedades subyacentes como las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, diabetes y cáncer entre otras. Cualquier persona puede padecer de coronavirus (su nombre genérico). Este virus puede propagarse desde la boca o nariz de una persona infectada en pequeñas partículas cuando tose, estornuda, habla, canta o respira. El virus puede estar contenido en pequeñas gotas o hasta de forma aerolizada (gotas más pequeñas) e ingresar por las mucosas oftálmica, nasal u oral (OMS, 2022). Las personas contagiadas presentan un estado clínico con signos y síntomas tales como tos, cefalea, odinofagia, cansancio general, diarrea, vómitos, pérdida del gusto u olfato, disnea, temperatura corporal igual o mayor a 37, 5°C (Argentina.gob.ar, 2022).

Forma Leve de la Enfermedad

La forma leve se considera como infección del tracto respiratorio superior no complicada, síntomas de infección viral inespecífica como fiebre, cansancio, tos (con o sin expectoración), anorexia, malestar, dolor muscular, dolor de garganta, disnea, congestión nasal o dolor de cabeza.

Internación Domiciliaria

Con respecto a la internación domiciliaria el paciente debe permanecer en un espacio o habitación de uso individual. La puerta de la habitación debe permanecer cerrada hasta la finalización del aislamiento y debe mantenerse una adecuada ventilación. No debe salir de la habitación en ninguna circunstancia, con excepción del uso del baño o en una condición de urgencia (deterioro de la salud o compromiso de la vida). El paciente deberá utilizar barbijo quirúrgico en caso de ir al baño, y podrá reutilizarlo si el mismo no se moja ni se mancha con secreciones. Luego de retirar el barbijo, deberá higienizarse las manos con solución hidroalcohólica. La persona enferma no debe recibir visitas durante el periodo de aislamiento, excepto para eventuales controles de salud. La presencia de otras personas debe limitarse estrictamente a lo necesario. Deberá disponer en lo posible de un sistema de comunicación por vía telefónica o equivalente para comunicarse con sus familiares, sin necesidad de salir de la habitación. La persona enferma o en aislamiento debe seguir en todo momento las medidas de higiene respiratoria: cubrir la boca y la nariz al toser o estornudar con pañuelos desechables o hacerlo con el pliegue del codo. En la habitación se deberá colocar un contenedor de residuos. Deberá lavarse las manos antes y después de ir al baño, y dentro de la habitación de forma frecuente con solución hidroalcohólica. Deberá utilizar utensilios de aseo de forma individual como también de los productos para la higiene de manos como el jabón y la solución hidroalcohólica. La ropa, sábanas y toallas del paciente deberá permanecer en una bolsa dentro de la habitación hasta el momento de lavarla. No se puede sacudir. Evitar el contacto directo de la piel y la ropa. Deberá ser lavada por separado en lo posible con agua caliente entre 60 a 90 grados. Mantener la higiene del domicilio con los productos de uso habitual, detergente y lavandina. En cuanto al profesional de salud que le realiza el seguimiento

clínico debe contactarse telefónicamente según el criterio del equipo médico tratante. Deberá incluirse en la historia clínica del paciente la información del contacto, fecha, evolución, profesional responsable del seguimiento y la institución sanitaria (Ministerio de Salud Argentina, 2020)

Percepción

En cuanto a definir el término percepción, la Real Academia Española (RAE) lo define con tres acepciones posibles, primero como acción o efecto de percibir, segundo como sensación interior que resulta de una impresión material producida en los sentidos corporales, y, por último, como conocimiento, idea (Real Academia Española [RAE], 2022).

La Teoría Psicológica de Gestalt

Refiere que la percepción consiste en organizar e interpretar los estímulos que fueron recibidos por los sentidos que ayudan a identificar los objetos y acontecimientos. Por lo tanto esta posee dos etapas.

Percepción Sensorial. Donde se forma la primera idea o sensación que comienza a través de los sentidos como la visión, el olfato, el oído o el gusto. Este tipo de percepción no será considerada en la tabla operacional.

Percepción Intelectual. Donde es completada por el intelecto, que son las facultades mentales que nos permiten aprender, razonar, entender, tomar decisiones y formarse una idea de la determinada realidad (**Psicología práctica, 2022**).

Objetivos

Objetivo General

Analizar cómo fue la calidad de atención en teleenfermería brindado por parte del equipo enfermero de seguimiento de la unidad febril de urgencia (UFU) Ferrer de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) Argentina a pacientes internados en su domicilio con Covid-19 leve durante los meses de abril a diciembre del año 2021.

Objetivos Específicos

- Describir que tan equitativo se percibió la atención remota en el seguimiento de la internación domiciliaria.
- Describir cual fue la percepción de los pacientes con respecto al grado de seguridad en la atención recibida.
- Examinar la percepción sobre el servicio de teleenfermería pensado desde la perspectiva centrado en las personas.
- Examinar la percepción sobre qué tan oportuna fue la calidad de atención remota recibida durante la estadía de la calidad de la internación domiciliaria.

Diseño Metodológico

Tipo de Diseño

Por el enfoque cuantitativo deductivo y retrospectivo de este estudio, el diseño es no experimental transversal y descriptivo. Esto significa que es un estudio que se realiza “sin manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos”. Los diseños transversales descriptivos “buscan indagar el nivel o estado de una o más variables en una población, en un tiempo único” (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

Unidad de Análisis

Cada persona de 18 años o más de edad que haya sido atendida en la unidad febril de urgencia UFU Ferrer con diagnóstico positivo de Covid-19 leve y tenga indicación de internación domiciliaria con seguimiento de teleenfermería durante abril-diciembre 2021.

Población de Estudio

Las unidades de estudio que cumplen con los criterios de selección forman parte de la población de estudio. Los criterios para esta investigación son los siguientes:

Criterio de inclusión: toda persona de 18 años o más de edad que se haya atendido en la unidad febril de urgencia de la UFU Ferrer con diagnóstico de Covid-19 leve, con indicación de internación domiciliaria y con seguimiento de teleenfermería durante el periodo de tiempo que va desde abril a diciembre del año 2021.

Criterio de exclusión: toda persona de 18 años o más de edad que haya sido atendida en la unidad febril de urgencia UFU Ferrer con diagnóstico de Covid-19 leve que haya sido derivada a un hotel para su aislamiento, con diagnóstico de Covid-19 moderado o grave y que se lo haya internado en el hospital, con diagnóstico de Covid-19 leve con seguimiento de

telemedicina, o aquellas personas que hayan sido atendidas antes del periodo de abril del 2021 o después de diciembre de 2021.

Muestra

El tipo de muestra es no probabilístico voluntario. El instrumento para la recolección de datos será por la técnica de una encuesta por medio de un cuestionario semiestructurado con preguntas abiertas y cerradas.

Fuentes de Información

Fuente primaria: las personas encuestadas que respondan al cuestionario.

Fuente secundaria: las fichas epidemiológicas de estos pacientes.

Matriz de Datos

Tabla Operacional

Variable	V/V	Dimensión	V/D	Indicador	Categoría
Datos Demográficos		Percepción de que tan equitativo fue la atención remota		<p>1-Indique por favor su género:</p> <p>2-Indique por favor el rango etario al que pertenece:</p> <p>3-Indique por favor su nacionalidad:</p> <p>4-Indique por favor su lugar de residencia:</p> <p>5-Indique por favor las condiciones de ventilación de su habitación donde realizó la internación domiciliaria:</p>	<p>Opción1: Femenino.</p> <p>Opción 2: Masculino.</p> <p>Opción 3: No Binario.</p> <p>Opción 1: Adulto de 18 a 64 años.</p> <p>Opción 2: Adulto Mayor: de 65 años o más.</p> <p>Opción 1: Argentino/a.</p> <p>Opción 2: Extranjero/a.</p> <p>Opción 1: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).</p> <p>Opción 2: Gran Buenos (GBA).</p> <p>Opción 1: Habitación con ventilación adecuada.</p> <p>Opción 2: Habitación con mala ventilación.</p>

				<p>6-Indique si su habitación donde realizó su internación domiciliaria dispone de:</p> <p>7-Indique si tenía o no cobertura social durante su periodo de internación domiciliaria:</p> <p>8-Indique por favor como era su actividad estudiantil/laboral al momento de recibir su diagnóstico de Covid-19 leve:</p>	<p>Opción 1: Habitación con baño privado.</p> <p>Opción 2: Habitación sin baño privado.</p> <p>Opción 1: Sí, con cobertura social.</p> <p>Opción 2: No, sin cobertura social.</p> <p>Opción 1: Estudiante.</p> <p>Opción 2: No estudiaba en ese momento.</p> <p>Opción 3: Contaba con empleo registrado.</p> <p>Opción 4: Contaba con empleo no registrado.</p> <p>Opción 5: Desempleado/a.</p> <p>Opción 6: Sin empleo después de recibir el diagnóstico de Covid-19 leve.</p>
Calidad de Atención en Teleenfermería		Percepción de los pacientes con	Alto (3)-Medio (2)- Bajo (1)	9- ¿Cómo diría que fue la comunicación	Opción 1: Indicaciones claras y entendibles.

		respecto al grado de seguridad		del profesional enfermero/a la hora de darle a usted las indicaciones para el cuidado a seguir durante su internación domiciliaria?	Opción 2: Indicaciones poco entendibles (a veces le entendía y a veces no). Opción 3: Indicaciones no entendibles (me costaba mucho entenderle).
		Percepción sobre el servicio de teleenfermería pensado desde la perspectiva centrado en las personas	Satisfactorio (7-9)- Medianamente satisfactorio (4-6)- Insatisfactorio (1-3)	10- ¿Cómo diría que fue la comunicación del profesional enfermero/a la hora de darle a usted el espacio para escuchar sus preguntas con respecto a los cuidados a seguir durante su internación domiciliaria? 11- ¿Cómo diría usted que fue la	Opción 1: El profesional enfermero/a siempre escuchó todas mis preguntas. Opción 2: El profesional enfermero/a escuchó pocas veces mis preguntas. Opción 3: El profesional enfermero/a nunca escuchó mis preguntas. Opción 1: El profesional enfermero/a respondió mis consultas.

		<p>comunicación del profesional enfermero/a a la hora de responderle a usted sus consultas con respecto a los cuidados a seguir durante su estadía de internación domiciliaria?</p> <p>12- ¿Cómo diría usted que se comportó el profesional enfermero/a a la hora de respetar sus valores y creencias en relación con los cuidados y tratamiento a seguir durante su internación domiciliaria?</p>	<p>Opción 2: El profesional enfermero/a respondió pocas veces a mis consultas.</p> <p>Opción 3: El profesional enfermero nunca respondió a mis consultas.</p> <p>Opción 1: El profesional enfermero/a respetó siempre mis convicciones.</p> <p>Opción 2: El profesional enfermero/a intentó influir en mis convicciones.</p>
Percepción sobre qué tan oportuna	Eficiente (27-39)- Medianamente	13- ¿Cómo calificaría usted la	Opción 1: El profesional enfermero/a respetó

	<p>fue la calidad de atención remota</p>	<p>eficiente (14-26)- Ineficiente (1-13)</p>	<p>prestación de servicios con relación a los horarios de atención establecidos?</p> <p>14- ¿Cómo calificaría usted la prestación de servicios con relación de atención según su demanda espontánea?</p>	<p>siempre el horario de atención establecido.</p> <p>Opción 2: El profesional enfermero/a pocas veces respetó el horario de atención establecido.</p> <p>Opción 3: El profesional enfermero/a nunca respetó el horario de atención establecido.</p> <p>Opción 1: El profesional enfermero/a accedió a los horarios de atención según mi demanda.</p> <p>Opción 2: El profesional enfermero/a pocas veces accedió a los horarios de atención según mi demanda.</p> <p>Opción 3: El profesional enfermero/a nunca accedió a los horarios de atención según mi demanda.</p>
--	--	--	--	---

			<p>15-Indique el medio de comunicación que más se ha utilizado durante la atención recibida en la modalidad asincrónica:</p> <p>16-Indique el medio de comunicación que más se ha utilizado durante la atención en la modalidad sincrónica:</p> <p>17-Indique si por alguna necesidad usted ha requerido realizar alguna consulta al profesional enfermero/a después</p>	<p>Opción 1: Por mensaje de WhatsApp.</p> <p>Opción 2: Por mensaje de texto.</p> <p>Opción 3: Por correo electrónico.</p> <p>Opción 1: Por llamada a su línea de celular</p> <p>Opción 2: Por chat de WhatsApp en línea.</p> <p>Opción 3: Por llamada a su teléfono fijo.</p> <p>Opción 4: Por videoconferencia (zoom, meet, videollamadas de WhatsApp, etc.).</p> <p>Opción 1: Sí, lo necesité.</p> <p>Opción 2: No, no lo necesité.</p>
--	--	--	--	---

		<p>de su alta epidemiológica.</p> <p>18-En caso de haber respondido que sí, ¿Por qué motivo? (si respondió que no, aclare en su respuesta aquí que no lo necesitó).</p> <p>19- ¿Ha recibido respuesta?</p> <p>20-Según su percepción, ¿Cómo consideró la atención que recibió de teleenfermería?</p> <p>21- ¿Por qué?</p> <p>22-Según su percepción, ¿recomendaría la atención de</p>	<p>Respuesta abierta.</p> <p>Opción 1: Sí. Opción 2: No. Opción 3: No, porque no he requerido la consulta post alta epidemiológica.</p> <p>Opción 1: Excelente. Opción 2: Muy Buena. Opción 3: Buena. Opción 4: Regular. Opción 5: Mala.</p> <p>Respuesta abierta.</p> <p>1-Sí, por supuesto. 2-Puede ser. 3-No, no lo haría.</p>
--	--	---	---

			<p>teleenfermería que ha recibido?</p> <p>23- ¿Por qué?</p> <p>24- ¿Conocía este tipo de atención de teleenfermería?</p> <p>25-Si tuviese que definir con una palabra o idea la calidad de atención que recibió de teleenfermería, ¿qué expresión utilizaría?</p>	<p>Respuesta abierta.</p> <p>Opción 1: Sí, porque antes he recibido este tipo de atención.</p> <p>Opción 2: Parcialmente, porque me han hablado o me he informado sobre la existencia de esta modalidad de atención.</p> <p>Opción 3: No, nunca he sabido sobre esta modalidad de atención.</p> <p>Opción 1: Modalidad de atención práctica y accesible.</p> <p>Opción 2: Modalidad de atención económica.</p> <p>Opción 3: Modalidad de atención novedosa.</p> <p>Opción 4: Todas las anteriores.</p>
--	--	--	---	--

				Opción 5: Modalidad de atención negativa.
--	--	--	--	---

Presentación y Análisis de Datos

Tabla 1

Características de la población atendida

Edad		%
18 a 64 años	45	90
Mayor de 65 años	5	10
Subtotal	50	100
Género		%
Femenino	37	74
Masculino	13	26
Subtotal	50	100
Nacionalidad		%
Argentinos	40	80
Extranjeros	10	20
Subtotal	50	100
Total (N=50)	50	100

Nota. En la tabla se observa el cruce de datos entre edad, género y nacionalidad.

Gráfico 1

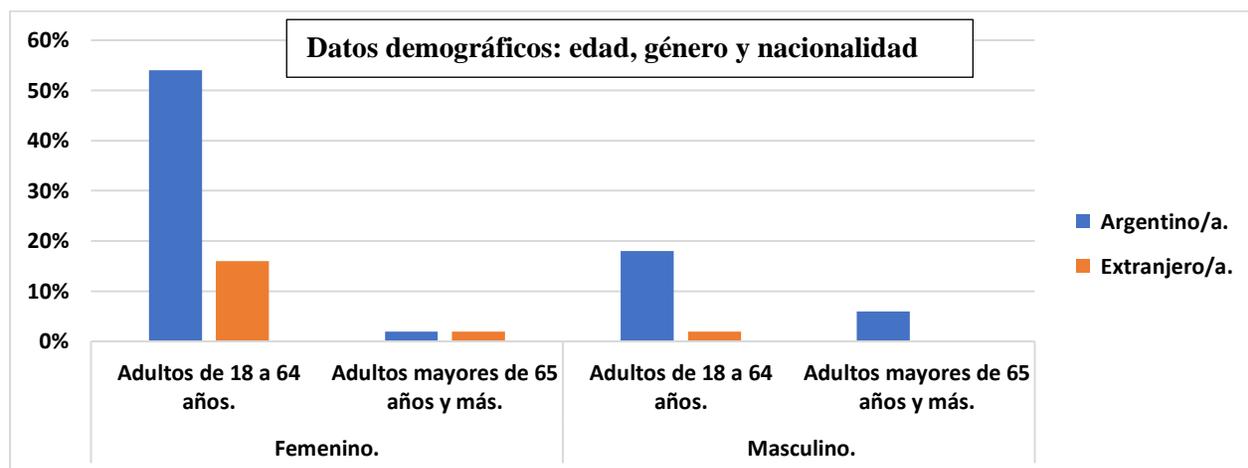


Tabla 2*Características de la población que más demandó atención*

Edad		%
18 a 64 años	45	90
Mayor a 65 años	5	10
Subtotal	50	100
Género		%
Femenino	37	74
Masculino	13	26
Subtotal	50	100
Residencia		%
CABA	37	74
GBA	13	26
Subtotal	50	100
Total (N=50)	50	100

Nota. En la tabla se observa el cruce de datos según edad, género y residencia.

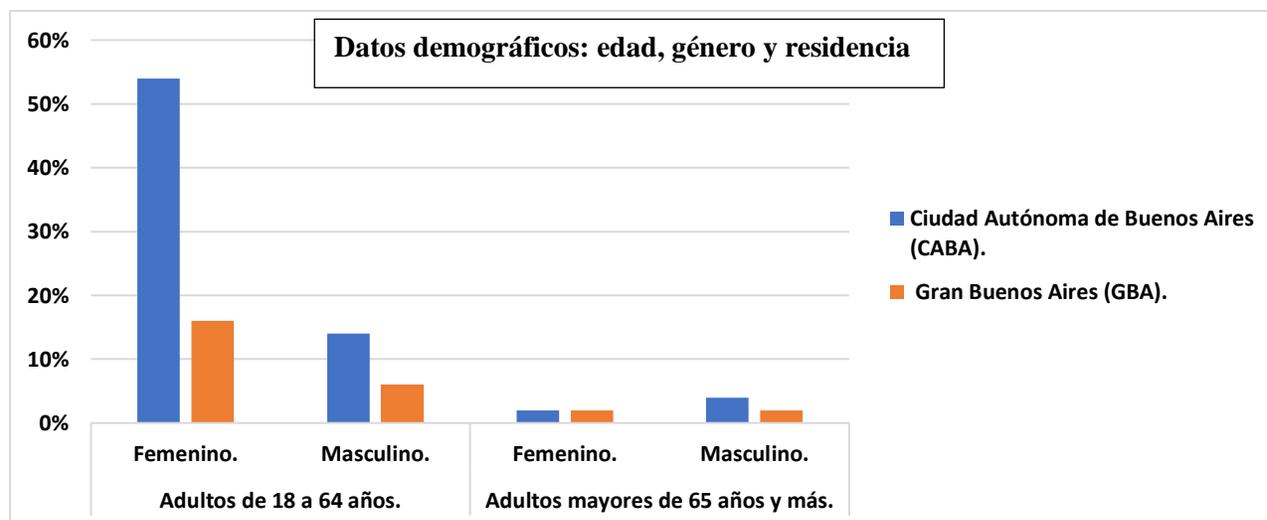
Gráfico 2

Tabla 3*Características de la condición habitacional con respecto a la ventilación*

Residencia		%
CABA	37	74
GBA	13	26
Subtotal	50	100
Ventilación		%
Buena ventilación	48	96
Mala ventilación	2	4
Subtotal	50	100
Total (N=50)	50	100

Nota. En la tabla se observa el cruce de datos según la edad, residencia y el tipo de ventilación.

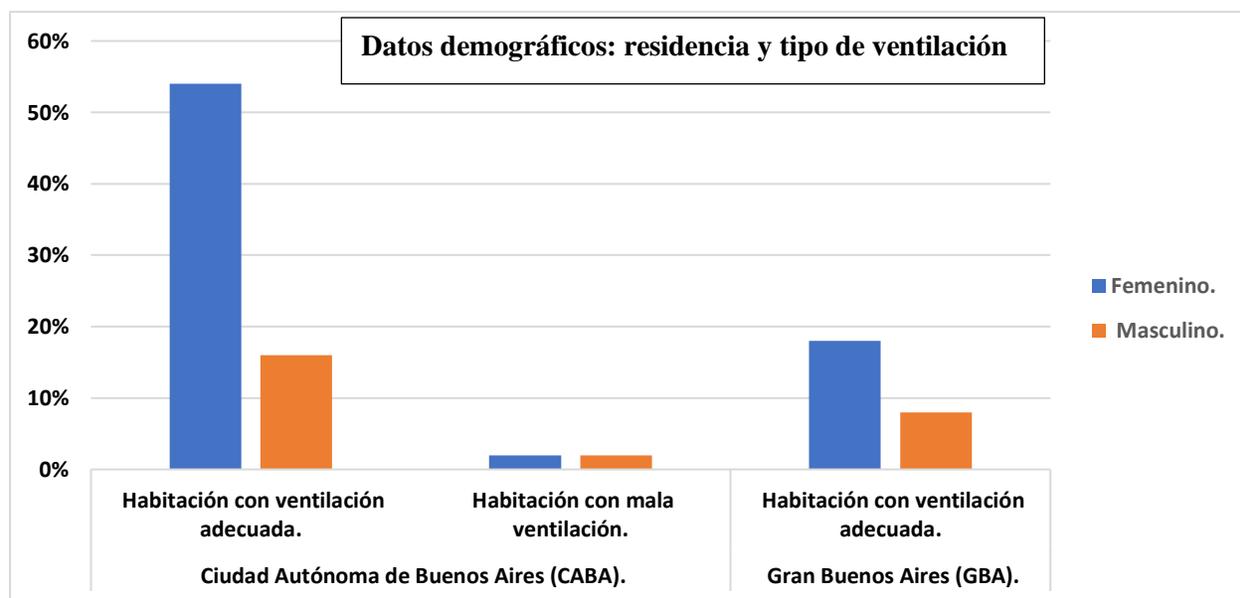
Gráfico 3

Tabla 4

Características de la condición habitacional con respecto a la disponibilidad del baño durante la internación domiciliaria

Edad		%
18 a 64 años	45	90
65 años o más	5	10
subtotal	50	100
Residencia		%
CABA	37	74
GBA	13	26
Subtotal	50	100
Baño		%
Habitación con baño privado	14	28
Habitación sin baño privado	36	72
Subtotal	50	100
Total (N=50)	50	100

Nota. En la tabla se observa el cruce de datos sobre la residencia y el acceso al baño.

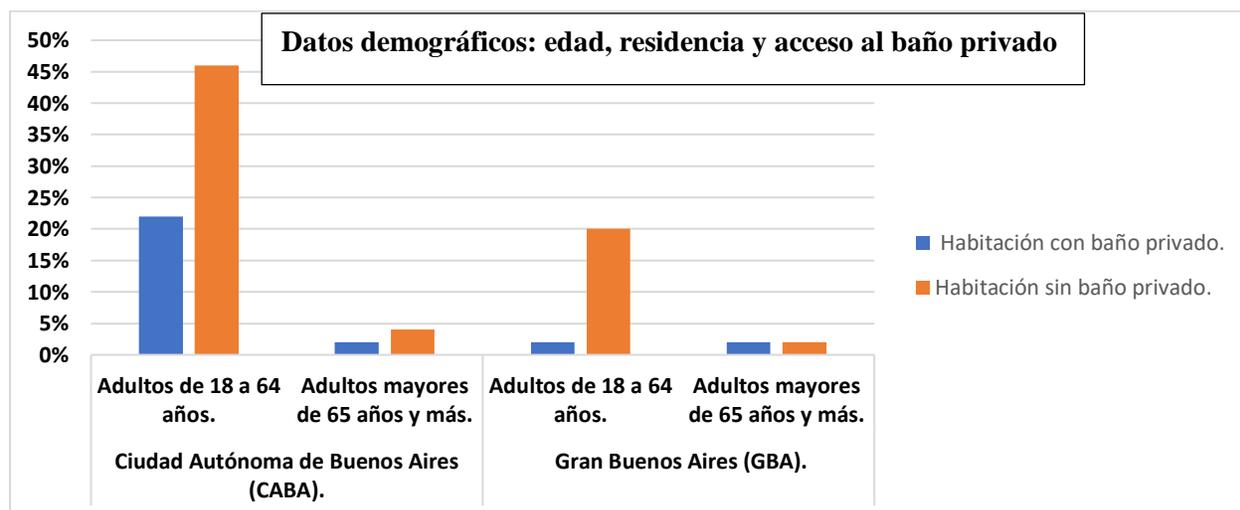
Gráfico 4

Tabla 5

Características de la población con respecto al acceso a la cobertura social durante su internación domiciliaria

Residencia		%
CABA	37	74
GBA	13	26
Subtotal	50	100
Cobertura Social		%
Con Cobertura Social	40	80
Sin Cobertura Social	10	20
Subtotal	50	100
Total	50	100

Nota. En la tabla se observa el cruce de datos sobre residencia y el acceso a la cobertura social.

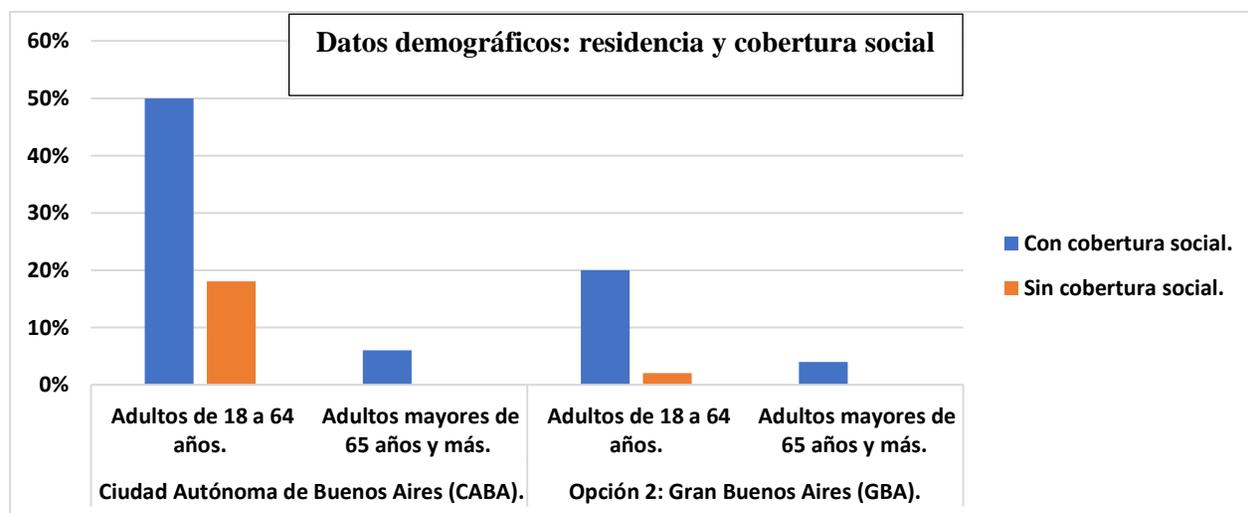
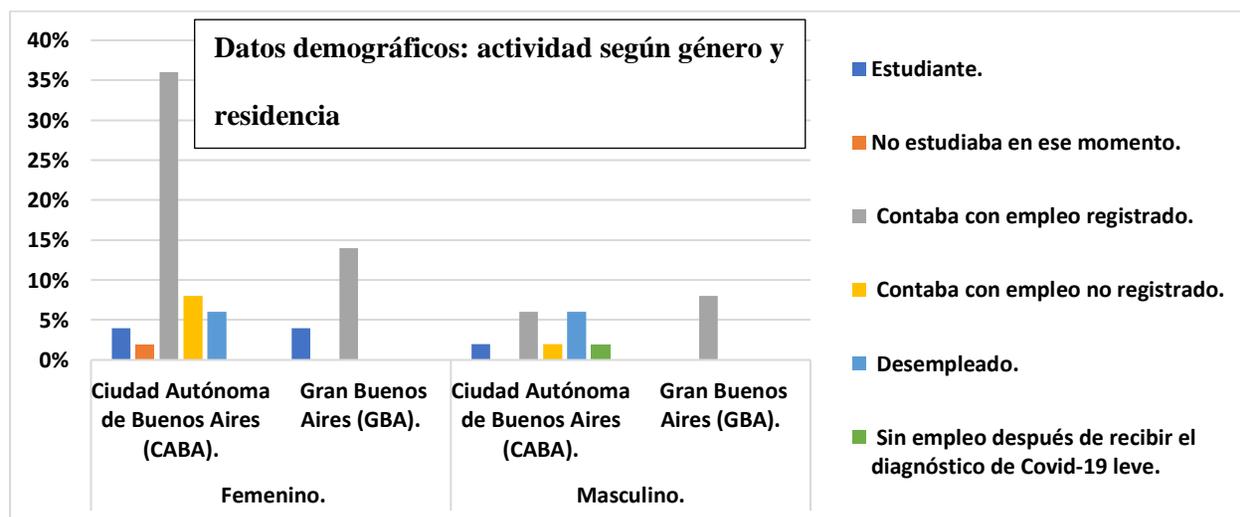
Gráfico 5

Tabla 6*Características de la actividad de la población durante su internación domiciliaria*

Actividad		%
Estudiante	5	10
No estudiaba en ese momento	1	2
Con empleo registrado	32	64
Con empleo no registrado	5	10
Desempleado	6	12
Sin empleo post Covid-19	1	2
Subtotal	50	100
Residencia		%
CABA	37	74
GBA	13	26
Subtotal	50	100
Total (N=50)	50	100

Nota. En la tabla se observa el cruce de datos sobre tipo de actividad de la población y su lugar de residencia al momento de la internación domiciliaria.

Gráfico 6

Análisis de Datos de las Tablas 1-2-3-4-5-6

En este análisis se tiene en cuenta los datos demográficos que a su vez nos permiten valorar la equidad de la calidad de atención en las personas encuestadas.

En la tabla 1 se observan las características de la población atendida según edad, género y nacionalidad. Lo que se observa es que la mayor población atendida corresponde en un 90% dentro del rango etario de 18 a 64 años, un 74% al sexo femenino y un 80% son argentinos.

En lo que respecta a la tabla 2, se analizan las características de la población que más demandó atención según su lugar de residencia. En este caso el 74% corresponden a personas de la CABA.

En la tabla 3 se puede ver cómo era la condición habitacional con respecto a la ventilación según su residencia, en este caso solo el 4% de los encuestados refirieron tener mala ventilación y esas personas residían únicamente en CABA.

En la tabla 4 se muestran las características de la condición habitacional con respecto a si las personas contaban o no con baño privado durante su internación domiciliaria. El 72% de las personas manifiestan que no contaban con baño privado.

Con respecto a la tabla 5 se puede observar que las características de la población con respecto al acceso a la cobertura social durante su internación domiciliaria. El 80% de las personas encuestadas refirieron tener cobertura social.

En la tabla 6 se destaca el tipo de actividad de las personas, sea esta de carácter estudiantil o laboral, al momento de recibir diagnóstico de Covid-19 leve. El 64% de las personas consultadas contaban con empleo registrado al momento de su internación domiciliaria, pero también se registra un 2% de personas que fueron encuestadas que al momento de recibir el diagnóstico positivo fue desempleado. Esa persona residía en ese momento en CABA.

Tabla 7*Percepción de las personas en la calidad de atención seguro*

Género		%
Femenino	37	74
Masculino	13	26
Subtotal	50	100
Cobertura Social		%
Con Cobertura Social	40	80
Sin Cobertura Social	10	20
Subtotal	50	100
Calidad de Atención Seguro		%
Alto	47	94
Medio	3	6
Bajo	-	-
Subtotal	50	100
Total (N=50)	50	100

Nota. En la tabla se cruzan los datos de género, cobertura social y la percepción sobre la calidad de atención en cuanto a seguridad.

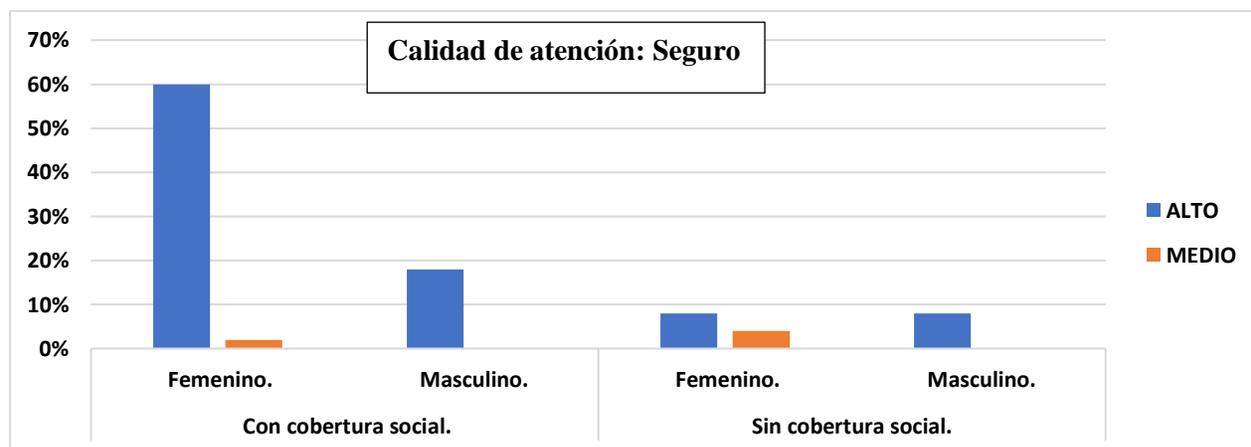
Gráfico 7

Tabla 8

Características del tipo de indicaciones de los enfermeros en teleenfermería

Indicaciones del Enfermero		%
Indicaciones entendibles	47	94
Indicaciones poco entendibles	3	6
Indicaciones no entendibles	-	-
Total (N=50)	50	100

Nota. En la tabla se observa que el 94% de las personas expresaron entender las indicaciones.

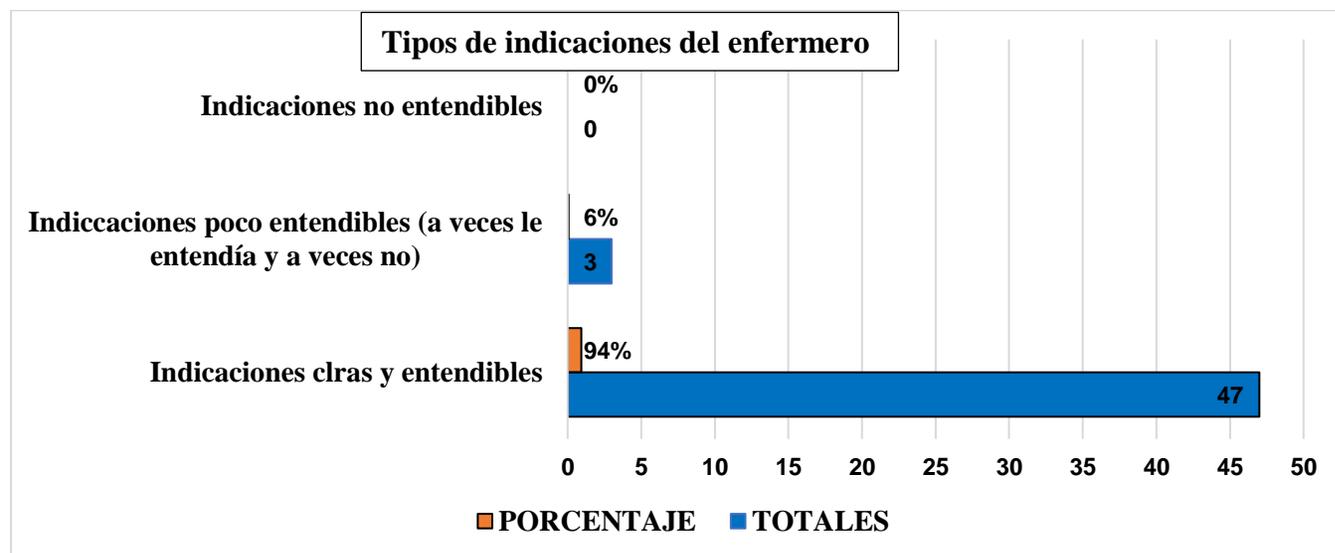
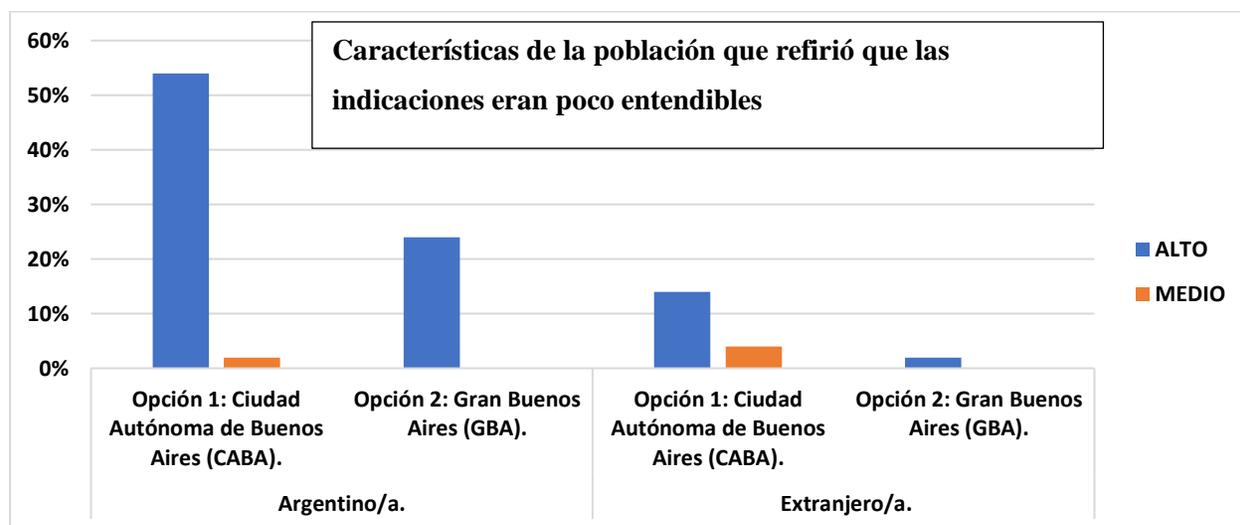
Gráfico 8

Tabla 9

Características de la población que refirió que las indicaciones eran poco entendibles

Género		%
Femenino	3	6
Masculino	-	-
Residencia		%
CABA	3	6
GBA	-	-
Nacionalidad		%
Argentinas	1	2
Extranjeras	2	4
Total (N=3)	3	6

Nota. En la tabla se cruzan los datos de género, residencia y nacionalidad.

Gráfico 9

Análisis de los Datos de las Tablas 7-8-9

En la tabla 7 se muestra que el 94% de las personas encuestadas respondieron que la calidad de atención con respecto a la seguridad es alta y un 6% de seguridad media.

En la Tabla 8 se observa las características del tipo de indicaciones de los enfermeros: un 94% refirió que esas indicaciones eran entendibles y claras y un 6% que eran poco entendibles (a veces le entendían y a veces no). Nadie refirió nunca no haber entendido las indicaciones.

En la tabla 9 se muestra las características de la población que refirió que las indicaciones eran poco entendibles. El total pertenecen al sexo femenino, son residentes de la CABA y el 2% son argentinas mientras que el 4% son extranjeras.

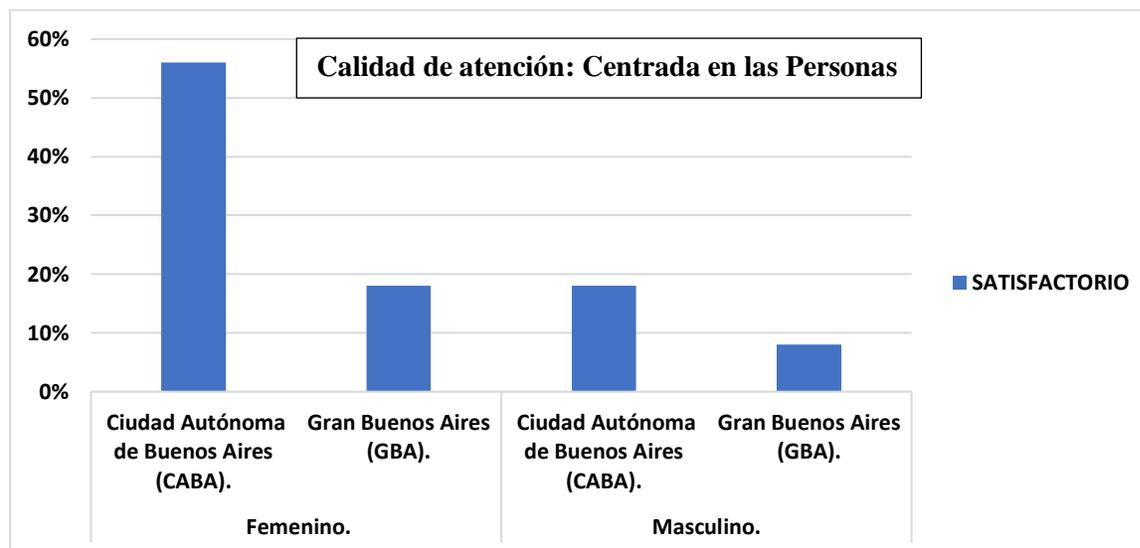
Tabla 10

Percepción de la satisfacción con respecto a la atención centrada en las personas

Género		%
Femenino	37	74
Masculino	13	26
Subtotal	50	100
Residencia		%
CABA	37	74
GBA	13	26
Subtotal	50	100
Centrado en la Personas		%
Satisfactorio	50	100
Medianamente satisfactorio	-	-
Insatisfactorio	-	-
Total (N=50)	50	100

Nota. En la tabla se cruza los datos del género y lugar de residencia.

Gráfico 10



Análisis de los Datos de la Tabla 10

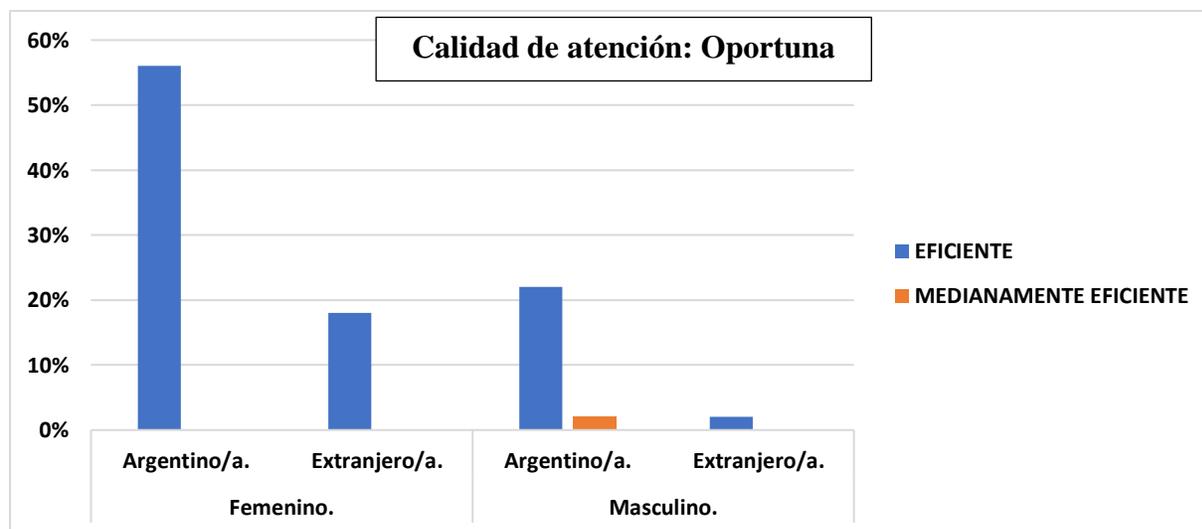
En este caso se analiza la percepción de las personas con respecto a la dimensión Centrado en las Personas. En la tabla 10 la calidad de atención es este aspecto dio 100% de satisfacción.

Tabla 11

Percepción de las personas con respecto a si la calidad de atención es oportuna

Género		%
Femenino	-	-
Masculino	1	2
Subtotal	1	2
Nacionalidad		%
Argentino	1	2
Extranjero	-	-
Subtotal	1	2
Oportuna		%
Eficiente	49	98
Medianamente eficiente	1	2
Ineficiente	-	-
Total (N=50)	50	100

Nota. En la tabla se cruzan los datos de género y nacionalidad.

Gráfico 11

Análisis de los Datos de la Tabla 11

En la tabla 11 se observa que un 98% de las personas encuestadas refirieron que la calidad de atención es oportuna y un 2% medianamente oportuna.

Análisis Cualitativo de la Dimensión Calidad de Atención Oportuna

Según las respuestas abiertas recolectadas por el indicador 18 y su agrupamiento correspondiente, notamos que el 76% manifestó que no necesitó la consulta post alta epidemiológica, pero sí que el 20% de los encuestados refirió haber consultado por la continuidad de los síntomas como sinusitis, y que el 4 % consultó para recibir asesoramiento o educación en los cuidados y el regreso al trato social luego del alta.

En cuanto a las respuestas recibidas del indicador 21, teniendo en cuenta como se consideró la atención en teleenfermería, el 66% lo valora por la atención recibida, el 20% lo valora por la disposición y el 14 % por la buena comunicación mantenida durante el aislamiento.

En cuanto al indicador 23 las respuestas mencionan que recomendarían la atención de teleenfermería en un 42% por la atención recibida, un 30% por la utilidad del servicio recibido durante el aislamiento domiciliario y el 26% lo recomendó por la experiencia vivida como algo positivo, pero el 2% refirió no haberle gustado la atención remota.

Tabla 12*Teleenfermería modalidad asincrónica*

Teleenfermería	Asincrónica	%
Celular	50	100
Línea fija	-	-
Videoconferencia	-	-
Total (N=50)	50	100

Nota. En la tabla se observa la modalidad y el dispositivo tecnológico que se usó para teleenfermería.

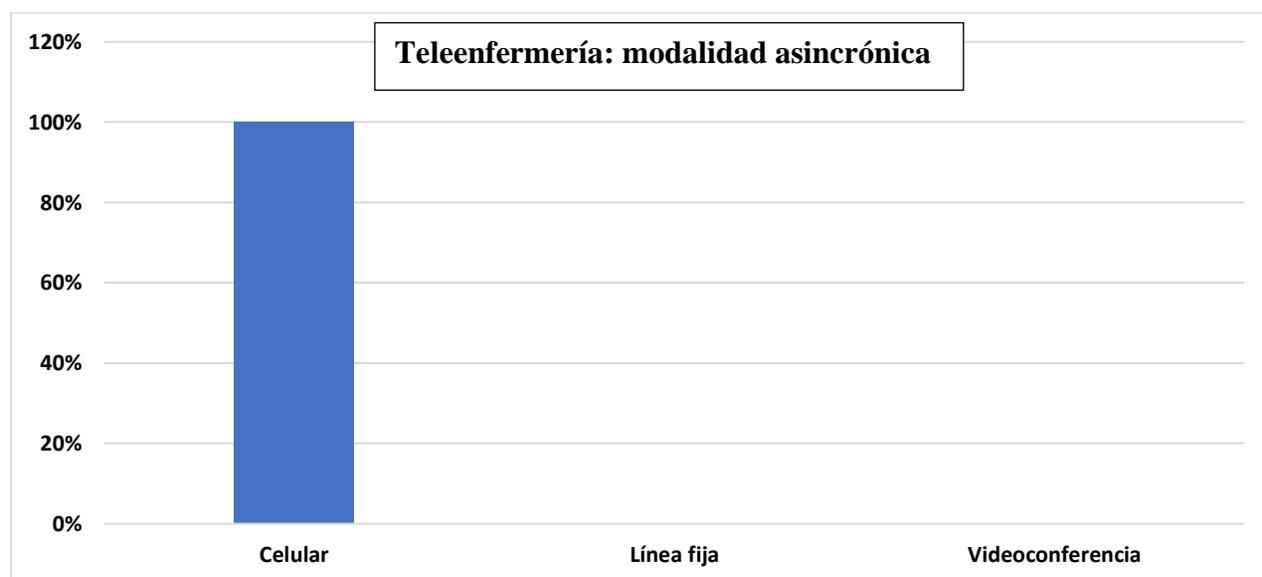
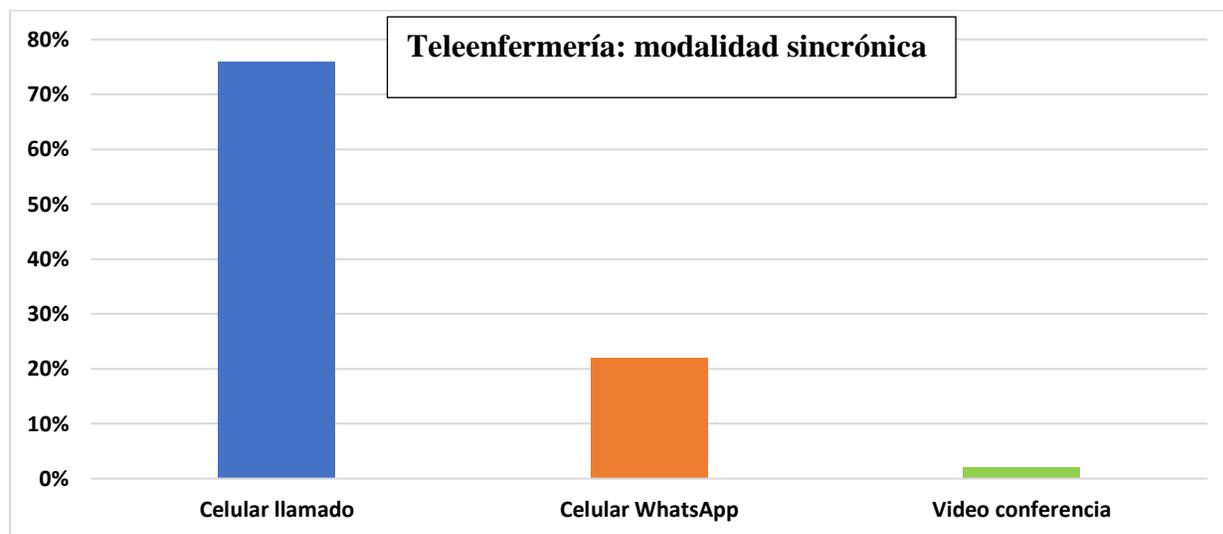
Gráfico 12

Tabla 13*Teleenfermería modalidad sincrónica*

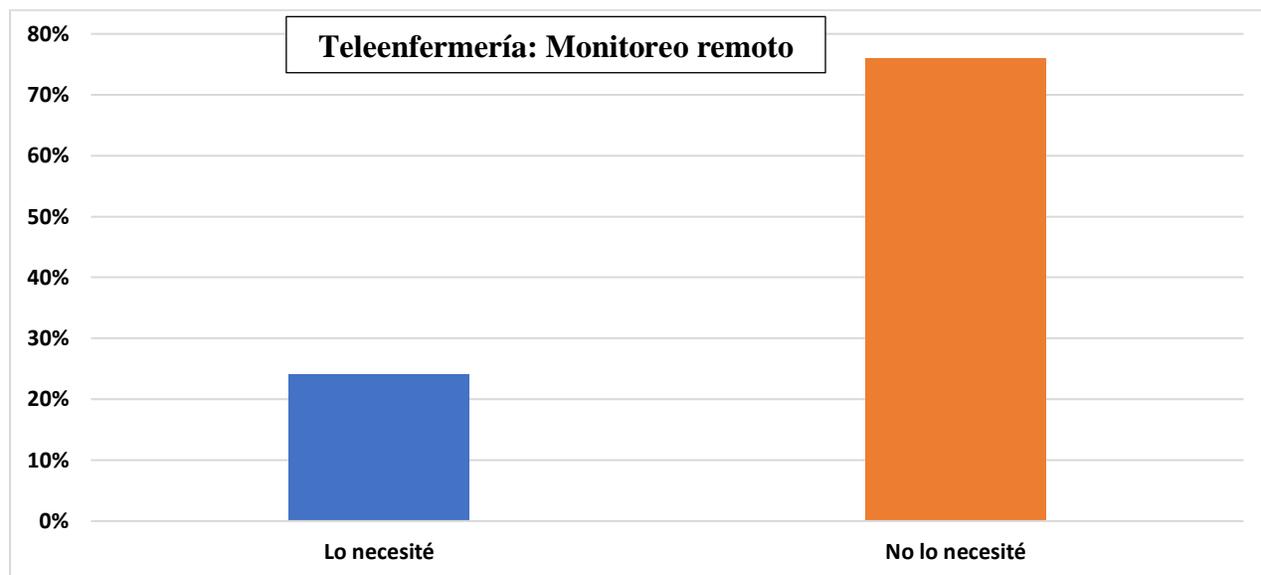
Teleenfermería	Sincrónica	%
Celular llamado	38	76
Celular WhatsApp	11	22
Videoconferencia	1	2
Total (N=50)	50	100

Nota. En la tabla se observa la modalidad y la preferencia en la forma de comunicación.

Gráfico 13**Tabla 14***Monitoreo remoto*

Monitoreo remoto		%
Lo necesité	12	24
No lo necesité	38	76
Total (N=50)	50	100

Nota. Se observa la demanda post alta epidemiológica en teleenfermería.

Gráfico 14**Análisis de los Datos de las Tablas 12, 13 y 14**

En la tabla 12 se observa los dispositivos tecnológicos más utilizados en teleenfermería. En la modalidad asincrónica vemos que el uso del celular corresponde a un 100%, mientras que en la modalidad sincrónica el 76% corresponde al uso del celular en llamadas, un 22% por chat en línea desde el WhatsApp, y un 2% por medio de videoconferencia.

En cuanto a la tabla 13 el monitoreo remoto, o sea, la atención post alta epidemiológica refiere que, un 76% no lo necesitó mientras que un 24 % de las personas si lo han demandado.

Discusión

El presente trabajo de investigación denominado “Calidad de atención de teleenfermería en pacientes con Covid-19 leve”, tiene por objetivo analizar cómo fue la calidad de atención brindada por primera vez por parte del equipo de profesionales de enfermería pertenecientes al Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer (HRRMF) quienes fueron atendidos de forma remota durante el periodo de abril-diciembre del 2021 luego de concurrir a la unidad febril de urgencia (UFU) Ferrer y recibir indicación de internación domiciliaria. Esta investigación es de carácter cuantitativo y se llevó a cabo por medio de una encuesta con preguntas abiertas y cerradas diseñada en un formulario de Google forms con la participación voluntaria de 50 personas residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Los resultados obtenidos con respecto a las características de la población participante vemos que, en referencia al grupo etario el 90% corresponden a la franja de 18 a 64 años y el 10% son adultos mayores de 65 años. En relación con el género femenino participaron un 74% y un 26% son masculinos. Un 80% son de nacionalidad argentina y un 20% extranjeros. El 74% reside en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), y un 26% reside en el Gran Buenos Aires (GBA). A su vez, un 96% de estas personas encuestadas refirieron tener buena ventilación en su domicilio durante la internación domiciliaria pero un 4% refirió haber tenido mala ventilación. Entre los participantes, un 80% contaba con cobertura social y un 20% estaba sin cobertura social. La actividad estudiantil-laboral que estas personas refirieron tener al momento de recibir su diagnóstico de Covid-19 leve se distribuye entre un 64% de personas con empleo registrado, un 12% de los encuestados informaron que estaban desempleados, un 10% mencionaron que estaban sin empleo registrado y otro 10% eran estudiantes, y, por último, un 2% refirió que no estudiaba y otro 2% que perdieron el empleo al momento de recibir el diagnóstico post Covid-19. En cuanto a la

dimensión calidad de atención seguro, los encuestados refirieron que esa calidad fue alta en un 94%, sin embargo, en un 6% manifestaron que la calidad de atención seguro era medio, esto en relación con el tipo de indicaciones de los enfermeros que según el 94% dijo que estas eran entendibles, pero un 6% poco entendibles. Quienes refirieron que las indicaciones eran poco entendibles el 100% pertenecen al género femenino y son residentes de la CABA, entre las cuales el 4% son de nacionalidad extranjera y un 2% argentinas. Con respecto a la dimensión calidad de atención centrada en las personas, el 100% de las personas atendidas de forma remota refirió que la calidad de atención es satisfactoria. Sobre la otra dimensión llamada calidad de atención oportuna, el 98% de las personas refirieron que la atención fue eficiente y un 2% medianamente eficiente; y en cuanto el análisis cualitativo de las preguntas abiertas pertenecientes a esta última dimensión vemos que arroja los siguientes resultados: el 76% de los encuestados mencionaron que no necesitaron consultar post alta epidemiológica, pero el 20% refirió consultar por síntomas como sinusitis y un 4% para recibir asesoramiento y/o educación en los cuidados al regreso del trato social. A su vez, el 66% mencionó valorar teleenfermería por la atención recibida, el 20% por la disposición de los enfermeros y el 14% por la buena comunicación de ellos. En cuanto a porqué recomendarían la atención de teleenfermería, un 42% mencionó por la atención recibida, en un 30% por la utilidad del servicio recibido durante el aislamiento domiciliario, el 26% lo recomendó por la experiencia vivida como algo positivo, pero el 2% refirió no haberle gustado la atención remota. En cuanto a los dispositivos más utilizados en teleenfermería se destaca el uso del celular tanto en la modalidad asincrónica como sincrónica (en este caso de diversas formas) en un 100%.

Estos hallazgos guardan relación con lo hallado por Rodríguez Feijoó et al (2020), quienes al estudiar la asistencia domiciliaria a través del uso de una plataforma llamada

“TELEA” gestionado por enfermeras pertenecientes al Equipo de Seguimiento Compartido de Atención Hospitalaria en España (ESCAH), concluyen que la mayor población atendida corresponde al género femenino en un 63, 2% por sobre el masculino con un 36, 8%, con grupos de rango etarios similares, el 88, 6% de la población estudiada la atención fue resuelta por el equipo de enfermeras evidenciando su calidad de atención. En cuanto a los aspectos cualitativos se destaca la satisfacción de los pacientes por el uso de la plataforma y el cuidado integral proporcionado por las enfermeras, del mismo modo que, Alcázar y Ambrosio (2019), mencionan en una revisión sistemática que han realizado sobre “El abordaje del cuidado individualizado e integral a los pacientes que conviven con procesos crónicos mediante teleenfermería” que esta favorece la relación enfermero-paciente convirtiéndolo a éste en el experto en su proceso de autoconocimiento y cuidado. Entre los facilitadores se incluyen el uso de las nuevas tecnologías identificando en primer lugar a los dispositivos electrónicos móviles, entre otros ya que les permiten solventar las dudas, consultar en todo momento, expresando así la satisfacción en el automanejo de la enfermedad. Sin embargo, Toffoletto y Tello (2020), al estudiar de “Teleenfermería en el cuidado, educación y gestión en América y el Caribe”, menciona lo novedoso que es aún teleenfermería en esta región y, por lo tanto, el bajo conocimiento que hay en lo relativo a los roles del cuidado, educación y gestión evidenciando la necesidad de que los enfermeros deben no solo empoderarse, sino también abrazar esta modalidad y plasmarla efectivamente en la práctica clínica. Asimismo, Caravajal Flores y Vásquez Vargas (2016), en su estudio que habla acerca de “Práctica y percepción de enfermeras respecto a teleenfermería como estrategia de continuidad del cuidado”, concluyen que un 52% había escuchado sobre las TICs, un 69% tenía capacitación en computación, un 26% había escuchado sobre teleenfermería, un 28% expresó no tener computadora en el servicio y el 10% que expresaron que sí tenían acceso

mencionaron que la lentitud del dispositivo o que era usado por otros profesionales en el servicio, pero el 83% refiere estar totalmente de acuerdo con la aplicación de TIC en enfermería, del mismo modo que, Reutskaja y Rivera (2013), en su estudio que habla sobre “La gestión remota de pacientes, percepción de los profesionales y los pacientes” consideran que el uso de las intervenciones en teleenfermería no es solo una opción del futuro sino una realidad palpable con los siguientes resultados: entre un 80% y 90% de los profesionales de la salud estaría dispuesto a utilizar sistemas de teleatención si estuvieran disponibles, el 85% mencionan que mejora la calidad de atención y el 75% de los enfermeros creen que los pacientes crónicos se podrían beneficiar de los sistemas de teleatención. En cuanto a la opinión de los pacientes, el 70% usaría estas intervenciones si fuese una opción disponible.

Pender (1982), quién presentó su Modelo de la Promoción de la Salud (MPS), le interesaba saber cómo las personas tomaban decisiones sobre su propio cuidado de la salud en un contexto de enfermería. Quería saber cómo piensa la gente y cómo los pensamientos de una persona motivan su conducta. Creía que la enfermera se constituye como el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal. Entre sus principales conceptos tiene que ver con las características y experiencias individuales que afectan a las acciones de la salud. Entre ellos están la conducta previa relacionada, factores personales (biológicos, psicológicos y socioculturales), beneficios percibidos de la acción, barreras percibidas de la acción, autoeficiencia percibida, demandas y preferencias contrapuestas inmediatas, afecto relacionado con la actividad, influencias interpersonales, influencias situacionales, compromiso con un plan de acción y conducta promotora de la salud. Este MPS destaca el papel activo del paciente en gestionar las conductas de salud modificando su entorno y

menciona que los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.

Conclusión

La atención de Teleenfermería realizada por el personal asignado del Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer (HRRMF), a los pacientes con internación domiciliaria con diagnóstico de Covid-19 leve fue equitativo ya que se atendió a personas de diferente género, según los encuestados el 26% refería pertenecer al sexo masculino y el 74% al sexo femenino. En cuanto al rango etario, por ejemplo, el 90% tienen la edad de entre 18 a 64 años, y el 10% dijo tener la edad de 65 años o más cuando fueron atendidos. El 80% de ellos son de nacionalidad argentina y el 20% extranjeros residentes de Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) un 74% y el 26% pertenecientes al Gran Buenos Aires (GBA). El 80% de ellos mencionaron tener cobertura social y un 20% no. Esto último es muy importante ya que, hablamos de un hospital público monovalente ubicado CABA que pudo cubrir la demanda del momento incluso a personas que tenían obra social o alguna prepaga sin distinción alguna.

En cuanto a describir la percepción de los pacientes respecto al grado de seguridad en la atención recibida el 94% de las personas encuestadas refirieron sentirse seguras ya que, a pesar de brindar atención a distancia, ellos dicen que las indicaciones que recibieron de los enfermeros con respecto a los cuidados eran claros y entendibles. Sin embargo, hubo un 6% de los encuestados que refirieron que esas indicaciones, a veces, las entendían y a veces no.

Asimismo, teniendo en cuenta la perspectiva de atención centrado en las personas, se ha corroborado que el 100% de los encuestados afirmó que el profesional enfermero siempre escuchó, respondió y respetó los valores y convicciones de los pacientes que atendían de forma remota.

Por último, en cuanto a examinar si la calidad de atención de teleenfermería fue oportuna el 94% de los encuestados mencionaron estar conformes con los horarios de atención

establecidos y que, a su vez, también les respondían según la demanda espontánea. Solo el 6% de estas personas dijo que a veces podían ser no podían ser atendidos fuera del horario programado. Esto nos ayuda a validar la hipótesis planteada de que la calidad de atención fue oportuna teniendo en cuenta el alto porcentaje de aceptación correspondiente al trabajo realizado por los enfermeros con la modalidad a distancia.

Para concluir como fue la calidad de atención en teleenfermería vemos que, esta fue equitativa, teniendo en cuenta el término equidad como dar a cada uno lo que le corresponde según su necesidad, y en este aspecto vemos que, a pesar de referirnos a un hospital público, este igualmente estuvo a la altura del contexto y atendió la demanda de aquellas personas que incluso contaban con cobertura social sin descuidar a aquellas otras personas que no la tenían, decimos también que fue segura ya que, la gran mayoría de los encuestados refirieron haber entendido con claridad las indicaciones del enfermero; a su vez, de forma unánime los encuestados indicaron que esta atención estuvo centrada en las personas, esto significa que fueron respetadas en sus valores y principios, y, finalmente decimos que fue oportuna ya que, esta estrategia de atención dio respuesta a la gran demanda de atención en un contexto de pandemia con las personas en su aislamiento domiciliario evitando así un colapso sanitario.

Recomendaciones

Entre las recomendaciones que se pueden considerar luego de la realización de este trabajo tienen que ver principalmente con generar conciencia y mayor difusión a la implementación de esta modalidad de atención de teleenfermería en los diferentes servicios en donde el profesional enfermero tiene incumbencias, a la necesidad de establecer capacitación al personal, y a la de aprobar plataformas tecnológicas específicas para llevar a cabo este tipo de atención.

Bibliografía

Achury Saldaña, D. M. (mayo-agosto de 2014). *Revista mexicana de enfermería en cardiología*.

Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2014/en142g.pdf>

Alcázar, B., & Ambrosio, L. (mayo-agosto de 2019). *SciELO*.

doi:<https://dx.doi.org/10.23938/assn.0645>

Alligood, M. A. (2014). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier, octava edición.

Argentina.gob.ar. (13 de septiembre de 2019). *Disposición 1/2019*. Obtenido de

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/disposici%C3%B3n-1-2019-328394/texto>

Argentina.gob.ar. (2020). Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/noticias/sabias-que-es-el-amba>

Argentina.gob.ar. (2022). Recuperado el 13 de mayo de 2022, de

<https://www.argentina.gob.ar/caba#:~:text=Poblaci%C3%B3n%3A%202.890.151%20habitantes.,14.450%2C8%20hab%2FKm%C2%B2>.

Argentina.gob.ar. (3 de enero de 2022). *Preguntas frecuentes sobre el Nuevo Coronavirus*

COVID-19. Obtenido de

https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/preguntasfrecuentes?gclid=Cj0KCQjw4uaUBhC8ARIsANUuDjU5uVRCZSK1YUH-Rd6qaE_XkDNHK8YJRyWDcw7RYtGzZT5ITP5qBRiAajIjEALw_wcB#tratar

Argentina.gob.ar. (s.f.). *Preguntas frecuentes sobre Telesalud*. Recuperado el 30 de mayo de

2022, de <https://www.argentina.gob.ar/salud/telesalud/preguntasfrecuentes#2>

BID. (2021). Obtenido de Banco Interamericano de Desarrollo:

<https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Estudio-sobre-telemedicina->

internacional-en-America-Latina-motivaciones-usos-resultados-estrategias-y-politicas.pdf

BID. (septiembre de 2021). *Estudio sobre telemedicina internacional en América Latina: motivaciones, usos, resultados, estrategias y políticas*. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.18235/0003438>

Caravajal Flores, L., & Vásquez Vargas, L. (9 de octubre de 2016). *Conocimiento, práctica y percepción de enfermeras respecto a teleenfermería como estrategia de continuidad del cuidado*. doi:<http://dx.doi.org/10.22235/ech.v5i2.1284>

Descalzo, J. (29 de abril de 2021). *Hospital Italiano de Buenos Aires*. Recuperado el 30 de mayo de 2022, de Teleenfermería: <https://www.hospitalitaliano.org.ar/#!/home/infomed/noticia/123782>

DNU 297/2020. (19 de marzo de 2020). *Boletín Oficial de la República Argentina*. Obtenido de Argentina Presidencia: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

Elsevier. (11 de 2019). *Nursing*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-enfermeria-telesalud-algo-mas-que-S0212538219301566>

Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (02 de Junio de 2020). *Buenos Aires Ciudad*. Obtenido de <https://www.buenosaires.gob.ar/coronavirus/equipos-salud/noticias/nuevos-mecanismos-de-atencion-de-pacientes-sospechosos-de-covid>.

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la Investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: McGraw Hill Education.

Indec. (27 de octubre de 2010). *Instituto nacional de Estadística y Censos*. Recuperado el 13 de mayo de 2022, de <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-18-77>

Ley 10273. (18 de junio de 2020). Obtenido de <https://e-legis->

[ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/pdf/36765.pdf](https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/pdf/36765.pdf)

Ley 1419. (13 de diciembre de 2010). Obtenido de

<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley141913122010.pdf>

Ministerio de Salud Argentina. (20 de abril de 2020). *COVID-19 Recomendaciones para la*

atención domiciliaria de casos sospechosos y confirmados. Obtenido de

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/covid-19-recomendaciones-para-atencion-domiciliaria-de-casos-sospechosos-y-confirmados.pdf>

Ministerio de Salud y Desarrollo de Acción Social. Secretaría de Gobierno de Salud. (25 de

octubre de 2018). *Plan Nacional de Telesalud 2018-2024.* Obtenido de

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-189-2018-315832/texto>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. (30 de octubre de 2018). *Plan*

Nacional de Telesalud 2018-2024. Obtenido de

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anexo_plan_nacional_de_telesalud_def.pdf

OMS. (17 de Abril de 2019). *Organización Mundial de la Salud.* Obtenido de

<https://www.who.int/es/news/item/17-04-2019-who-releases-first-guideline-on-digital-health-interventions>

OMS. (2019). *Prestación de servicios de salud de calidad. Un imperativo global para la*

cobertura sanitaria universal. Grupo Banco Mundial-OCDE. Obtenido de

<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241513906>

- OMS. (17 de Marzo de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331528/WHO-nCov-IPC-HomeCare-2020.3-spa.pdf>
- OMS. (2022). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Calidad de la atención: https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
- OMS. (2022). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 3 de junio de 2022, de Coronavirus: https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- ONU. (14 de diciembre de 1990). *Asamblea General de las Naciones Unidas*. Obtenido de <https://tinyurl.com/y4emohov>
- OPS. (2016). *Organización Panamericana de la Salud. Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina. Washington, DC*. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54981>
- OPS. (12 de Octubre de 2021). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.131>
- Psicología práctica. (2022). *Revista digital de Psicología y neuromarketing*. Obtenido de Psicología de la Gestalt: <https://psicologiapractica.es/psicologia-gestalt/>
- RAE. (2022). *Real Academia Española*. Obtenido de <https://dle.rae.es/percepci%C3%B3n?m=form>
- Resolución 2883/2020. (29 de diciembre de 2020). *Boletín Oficial de la República Argentina*. Obtenido de Argentina Presidencia: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239326/20201230>

- Reutskaja, E., & Rivera, J. (octubre de 2013). *Gestión remota de pacientes. Un estudio sobre las percepciones de pacientes y profesionales en España*. Obtenido de http://saladeprensa.telefonica.es/documentos/Gestion_Remota_Pacientes_Cas
- Rodríguez Feijóo, A. B., Cotilla, B. S., Rivera Rios, C., Quintana Jambrina, M. I., Civeira Pérez, V., Rodríguez Araujo, J., & Cabanelas González, B. (5 de octubre de 2020). *Implantación y gestión de la plataforma "TELEA" en el seguimiento de pacientes con Covid-19 positivos*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962020000300012&script=sci_arttext&tlng=pt
- Subsecretaría de Coberturas Públicas Sanitarias*. (2018). Obtenido de https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-12/0000001381cnt-serie_cus._dt1_avanzando_en_la_implementacin_de_la_cus_0.pdf
- Toffoletto, M. C., & Tello, J. D. (15 de junio de 2020). *Teleenfermería en el cuidado, educación y gestión en América Latina y el Caribe: revisión integrativa*. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0317>

Anexos

Anexo 1. Modelo del Instrumento

El enlace del formulario de Google forms diseñado para acceder a la encuesta semiestructurada con preguntas abiertas y cerradas es el siguiente:

<https://forms.gle/uLTSuL1WnZMMLmgD6>

Las preguntas son:

1-Indique por favor su género:

Opción 1: Femenino.

Opción 2: Masculino.

Opción 3: No Binario.

2-Indique por favor el rango etario al que pertenece:

Opción 1: Adulto de 18 a 64 años.

Opción 2: Adulto Mayor: de 65 años o más.

3-Indique por favor su nacionalidad:

Opción 1: argentino/a.

Opción 2: extranjero/a.

4-Indique por favor su lugar de residencia:

Opción 1: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)

Opción 2: Gran Buenos Aires (GBA).

5-Indique por favor las condiciones de ventilación de su habitación donde realizó la internación domiciliaria.

Opción 1: Habitación con ventilación adecuada.

Opción 2: Habitación con mala ventilación.

6-Indique si su habitación donde realizó su internación domiciliaria dispone de:

Opción 1: Habitación con baño privado.

Opción 2: Habitación sin baño privado.

7-Indique si tenía o no cobertura social durante su periodo de internación domiciliaria:

Opción 1: Sí, con cobertura social.

Opción 2: No, sin cobertura social.

8-Indique por favor como era su actividad estudiantil/laboral al momento de recibir su diagnóstico de Covid-19 leve:

Opción 1: Estudiante.

Opción 2: No estudiaba en ese momento.

Opción 3: Contaba con empleo registrado.

Opción 4: Contaba con empleo no registrado.

Opción 5: Desempleado/a.

Opción 6: Sin empleo después de recibir el diagnóstico de Covid-19 leve.

9- ¿Cómo diría que fue la comunicación del profesional enfermero/a la hora de darle a usted las indicaciones para el cuidado a seguir durante su internación domiciliaria?

Opción 1: Indicaciones claras y entendibles.

Opción 2: Indicaciones poco entendibles (a veces le entendía y a veces no).

Opción 3: Indicaciones no entendibles (me costaba mucho entenderle).

10- ¿Cómo diría que fue la comunicación del profesional enfermero/a la hora de darle a usted el espacio para escuchar sus preguntas con respecto a los cuidados a seguir durante su internación domiciliaria?

Opción 1: El profesional enfermero/a siempre escuchó todas mis preguntas.

Opción 2: El profesional enfermero/a escuchó pocas veces mis preguntas.

Opción 3: El profesional enfermero/a nunca escuchó mis preguntas.

11- ¿Cómo diría usted que fue la comunicación del profesional enfermero/a a la hora de responderle a usted sus consultas con respecto a los cuidados a seguir durante su estadía de internación domiciliaria?

Opción 1: El profesional enfermero/a respondió mis consultas.

Opción 2: El profesional enfermero/a respondió pocas veces a mis consultas.

Opción 3: El profesional enfermero nunca respondió a mis consultas.

12- ¿Cómo diría usted que se comportó el profesional enfermero/a a la hora de respetar sus valores y creencias en relación con los cuidados y tratamiento a seguir durante su internación domiciliaria?

Opción 1: El profesional enfermero/a respetó siempre mis convicciones.

Opción 2: El profesional enfermero/a intentó influir en mis convicciones.

13- ¿Cómo calificaría usted la prestación de servicios con relación a los horarios de atención establecidos?

Opción 1: El profesional enfermero/a respetó siempre el horario de atención establecido.

Opción 2: El profesional enfermero/a pocas veces respetó el horario de atención establecido.

Opción 3: El profesional enfermero/a nunca respetó el horario de atención establecido.

14- ¿Cómo calificaría usted la prestación de servicios con relación de atención según su demanda espontánea?

Opción 1: El profesional enfermero/a accedió a los horarios de atención según mi demanda.

Opción 2: El profesional enfermero/a pocas veces accedió a los horarios de atención según mi demanda.

Opción 3: El profesional enfermero/a nunca accedió a los horarios de atención según mi demanda.

15-Indique el medio de comunicación que más se ha utilizado durante la atención recibida en la modalidad asincrónica:

Opción 1: Por mensaje de WhatsApp.

Opción 2: Por mensaje de texto.

Opción 3: Por correo electrónico.

16-Indique el medio de comunicación que más se ha utilizado durante la atención en la modalidad sincrónica:

Opción 1: Por llamada a su línea de celular

Opción 2: Por chat de WhatsApp en línea.

Opción 3: Por llamada a su teléfono fijo.

Opción 4: Por videoconferencia (zoom, meet, videollamadas de WhatsApp, etc.)

17-Indique si por alguna necesidad usted ha requerido realizar alguna consulta al profesional enfermero/a después de su alta epidemiológica.

Opción 1: Sí, lo necesité.

Opción 2: No, no lo necesité.

18-En caso de haber respondido que sí, ¿Por qué motivo? (si respondió que no, aclare en su respuesta aquí que no lo necesitó).

Respuesta abierta

19- ¿Ha recibido respuesta?

Opción 1: Sí.

Opción 2: No.

Opción 3: No, porque no he requerido la consulta post alta epidemiológica.

20-Según su percepción, ¿Cómo consideró la atención que recibió de teleenfermería?

Opción 1: Excelente.

Opción 2: Muy Buena.

Opción 3: Buena.

Opción 4: Regular.

Opción 5: Mala.

21- ¿Por qué?

Respuesta abierta.

22-Según su percepción, ¿recomendaría la atención de teleenfermería que ha recibido?

1-Sí, por supuesto.

2-Puede ser.

3-No, no lo haría.

23- ¿Por qué?

Respuesta abierta.

24- ¿Conocía este tipo de atención de teleenfermería?

Opción 1: Sí, porque antes he recibido este tipo de atención.

Opción 2: Parcialmente, porque me han hablado o me he informado sobre la existencia de esta modalidad de atención.

Opción 3: No, nunca he sabido sobre esta modalidad de atención.

25-Si tuviese que definir con una palabra o idea la calidad de atención que recibió de teleenfermería, ¿qué expresión utilizaría?

Opción 1: Modalidad de atención práctica y accesible.

Opción 2: Modalidad de atención económica.

Opción 3: Modalidad de atención novedosa.

Opción 4: Todas las anteriores.

Opción 5: Modalidad de atención negativa.

Anexo 2. Tabla de Valor de las Dimensiones

Indicador	Categoría	Valor
9- ¿Cómo diría que fue la comunicación del profesional enfermero/a la hora de darle a usted las indicaciones para el cuidado a seguir durante su internación domiciliaria?	<p>Opción 1: Indicaciones claras y entendibles.</p> <p>Opción 2: Indicaciones poco entendibles (a veces le entendía y a veces no).</p> <p>Opción 3: Indicaciones no entendibles (me costaba mucho entenderle).</p>	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p>
10- ¿Cómo diría que fue la comunicación del profesional enfermero/a la hora de darle a usted el espacio para escuchar sus preguntas con respecto a los cuidados a seguir durante su internación domiciliaria?	<p>Opción 1: El profesional enfermero/a siempre escuchó todas mis preguntas.</p> <p>Opción 2: El profesional enfermero/a escuchó pocas veces mis preguntas.</p> <p>Opción 3: El profesional enfermero/a nunca escuchó mis preguntas.</p>	<p>(7-9)</p> <p>(4-6)</p> <p>(1-3)</p>
11- ¿Cómo diría usted que fue la comunicación del profesional enfermero/a a la hora de responderle a usted sus consultas con respecto a los cuidados a seguir durante su estadía de internación domiciliaria?	<p>Opción 1: El profesional enfermero/a respondió mis consultas.</p> <p>Opción 2: El profesional enfermero/a respondió pocas veces a mis consultas.</p> <p>Opción 3: El profesional enfermero nunca respondió a mis consultas.</p>	<p>(7-9)</p> <p>(4-6)</p> <p>(1-3)</p>
12- ¿Cómo diría usted que se comportó el profesional enfermero/a a la hora de respetar sus valores y creencias en relación con los cuidados y tratamiento a seguir durante su internación domiciliaria?	<p>Opción 1: El profesional enfermero/a respetó siempre mis convicciones.</p> <p>Opción 2: El profesional enfermero/a intentó influir en mis convicciones.</p>	<p>(7-9)</p> <p>(1-3)</p>

<p>13- ¿Cómo calificaría usted la prestación de servicios con relación a los horarios de atención establecidos?</p>	<p>Opción 1: El profesional enfermero/a respetó siempre el horario de atención establecido.</p> <p>Opción 2: El profesional enfermero/a pocas veces respetó el horario de atención establecido.</p> <p>Opción 3: El profesional enfermero/a nunca respetó el horario de atención establecido.</p>	<p>(21-30)</p> <p>(11-20)</p> <p>(1-10)</p>
<p>14- ¿Cómo calificaría usted la prestación de servicios con relación de atención según su demanda espontánea?</p>	<p>Opción 1: El profesional enfermero/a accedió a los horarios de atención según mi demanda.</p> <p>Opción 2: El profesional enfermero/a pocas veces accedió a los horarios de atención según mi demanda.</p> <p>Opción 3: El profesional enfermero/a nunca accedió a los horarios de atención según mi demanda.</p>	<p>(21-30)</p> <p>(11-20)</p> <p>(1-10)</p>
<p>15-Indique el medio de comunicación que más se ha utilizado durante la atención recibida en la modalidad asincrónica:</p>	<p>Opción 1: Por mensaje de WhatsApp</p> <p>Opción 2: Por mensaje de texto.</p> <p>Opción 3: Por correo electrónico.</p>	<p>(21-30)</p> <p>(11-20)</p> <p>(1-10)</p>
<p>16-Indique el medio de comunicación que más se ha utilizado durante la atención en la modalidad sincrónica:</p>	<p>Opción 1: Por llamada a su línea de celular</p> <p>Opción 2: Por chat de WhatsApp en línea.</p> <p>Opción 3: Por llamada a su teléfono fijo.</p> <p>Opción 4: Por videoconferencia (zoom, meet, videollamadas de WhatsApp, etc.)</p>	<p>(21-30)</p> <p>(11-20)</p> <p>(1-10)</p> <p>(21-30)</p>
<p>17-Indique si por alguna necesidad usted ha requerido realizar alguna consulta al profesional enfermero/a después de su alta epidemiológica.</p>	<p>Opción 1: Sí, lo necesité.</p> <p>Opción 2: No, no lo necesité.</p>	<p>(21-30)</p> <p>(1-10)</p>

<p>18-En caso de haber respondido que sí, ¿Por qué motivo? (si respondió que no, aclare en su respuesta aquí que no lo necesitó).</p>	<p>Respuesta abierta</p>	<p>(21-30)</p>
<p>19- ¿Ha recibido respuesta?</p>	<p>Opción 1: Sí.</p> <p>Opción 2: No.</p> <p>Opción 3: No, porque no he requerido la consulta post alta epidemiológica.</p>	<p>(11-20)</p> <p>(1-10)</p> <p>(21-30)</p>
<p>20-Según su percepción, ¿Cómo consideró la atención que recibió de teleenfermería?</p>	<p>Opción 1: Excelente.</p> <p>Opción 2: Muy Buena.</p> <p>Opción 3: Buena.</p> <p>Opción 4: Regular.</p> <p>Opción 5: Mala</p>	<p>(11-20)</p> <p>(11-20)</p> <p>(11-20)</p> <p>(1-10)</p> <p>(1-10)</p>
<p>21- ¿Por qué?</p>	<p>Respuesta abierta.</p>	<p></p>
<p>22-Según su percepción, ¿recomendaría la atención de teleenfermería que ha recibido?</p>	<p>1-Sí, por supuesto.</p> <p>2-Puede ser.</p> <p>3-No, no lo haría.</p>	<p>(21-30)</p> <p>(11-20)</p> <p>(1-10)</p>
<p>23- ¿Por qué?</p>	<p>Respuesta abierta.</p>	<p></p>
<p>24- ¿Conocía este tipo de atención de teleenfermería?</p>	<p>Opción 1: Sí, porque antes he recibido este tipo de atención.</p> <p>Opción 2: Parcialmente, porque me han hablado o me he informado sobre la existencia de esta modalidad de atención.</p> <p>Opción 3: No, nunca he sabido sobre esta modalidad de atención.</p>	<p>(21-30)</p> <p>(11-20)</p> <p>(1-10)</p>
<p>25- Si tuviese que definir con una palabra o idea la calidad de atención que recibió</p>	<p>Opción 1: Modalidad de atención práctica y accesible.</p> <p>Opción 2: Modalidad de atención económica.</p> <p>Opción 3: Modalidad de atención novedosa.</p>	<p>(21-30)</p> <p>(11-20)</p> <p>(11-20)</p>

Anexo 4. Consentimiento Informado (versión 1-fecha 17/08/2022)

Yo

Con D.N.I:.....declaro que he sido informado/a e invitado/a a participar en una investigación denominada: “Calidad de Atención en Teleenfermería a Pacientes con Covid-19 Leve”. Este es un proyecto de investigación de carácter académico a los fines de cumplimentar los requisitos para la aprobación del Trabajo Final de grado (tesis/tesina/monografía) correspondiente a la Carrera de Licenciatura de Enfermería de la Universidad Abierta Interamericana (UAI) con sede en Buenos Aires.

Entiendo que este estudio busca analizar la calidad de atención de los enfermeros/as del Hospital de Rehabilitación Respiratoria (HRRMF) que han atendido con la modalidad de Teleenfermería (atención a distancia) a los pacientes que hayan concurrido a la unidad febril de urgencia UFU Ferrer con diagnóstico de Covid-19 leve durante el periodo de pandemia transcurrido desde abril a diciembre del año 2021 y que tuvieron indicada su internación domiciliaria. Se han contactado conmigo de forma telefónica y me han explicado que, me enviaran un enlace por WhatsApp de una encuesta diseñada por Google forms y que la información recolectada será confidencial y se usará únicamente con los fines académicos antes mencionado. A su vez, estoy en conocimiento de que los datos recolectados no me serán entregados y que mi participación es voluntaria, por lo tanto, no habrá retribución de ningún tipo por la participación en este estudio. También sé que la información aportada podría beneficiar de manera directa e indirecta a los cambios y mejoras en la práctica de enfermería con la posible implementación de la modalidad de Teleenfermería.

Asimismo, sé que puedo negar mi participación o retirarme de este estudio si así lo decido en cualquier momento y sin ningún tipo inconveniente que afecte mi atención y/o tratamiento.

He recibido una copia del presente documento.

Este consentimiento informado y su correspondiente protocolo fue aprobado por el comité de Ética en Investigación de nuestra institución el HRRMF. Dicho comité puede ponerse en contacto con usted personalmente, vía correo electrónico o telefónicamente para consultarle acerca del proceso de la toma de consentimiento pudiendo negarse a contestar si lo desea.

También usted puede comunicarse por algún inconveniente en el proceso de consentimiento antes mencionado enviando un mail al correo: comitefer@gmail.com

Firma del participante:.....

Fecha (día/mes/año):.....

Si tiene alguna pregunta durante su participación, puede comunicarse con Helga Celina Samudio Coceres, autora de esta investigación.

Contacto por mail: helgasam13@gmail.com

Teléfono celular: +5491136201051.