

Teleenfermería con personas mayores en el servicio de atención domiciliar durante la pandemia de COVID-19: estudio cuasiexperimental*

Maria Auxiliadora Rodrigues¹

 <https://orcid.org/0000-0002-2742-2938>

Rosimere Ferreira Santana¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4593-3715>

Ana Beatriz Serra Hercules¹

 <https://orcid.org/0000-0002-2600-7089>

Patricia de Fátima Augusto Barros¹

 <https://orcid.org/0000-0003-4713-7576>

Clelia Barboza Lima²

 <https://orcid.org/0009-0003-7418-5271>

Destacados: (1) La teleenfermería contribuye en el proceso de transición del cuidado en pandemias y a la persona mayor. (2) Alta del servicio de atención domiciliar nueve veces mayor en el grupo de intervención. (3) Disminución del número de intervenciones a lo largo de la aplicación de la teleenfermería. (4) Tecnología accesible y de fácil utilización aplicada tanto para la persona mayor como para el cuidador. (5) Instrumento de conexión/intervención fundamentado en teoría y proceso de enfermería.

Objetivo: evaluar la teleenfermería como tecnología de apoyo en la transición del cuidado a las personas mayores y sus cuidadores en el contexto de la atención domiciliar durante la pandemia de COVID-19. **Método:** estudio cuasi experimental tipo antes-después, no aleatorizado, con 219 personas mayores y con cuidadores del servicio de atención domiciliar, divididos en 131 en el grupo de intervención y 88 en el grupo de control. Se realizó tratamiento analítico, estadísticas descriptivas e inferenciales. **Resultados:** se realizaron 1691 llamadas, siendo 1515 para el grupo de intervención y 176 para el control. Se observó que en la primera llamada hay una mayor necesidad de intervenciones para la promoción de la salud y que esa cantidad disminuye a lo largo de las llamadas con resultado significativo (p -valor < 0,001). Los desenlaces analizados fueron hospitalización, fallecimiento, alta o continuación del servicio de atención domiciliar y se observó que la probabilidad de alta del servicio fue nueve veces mayor en el grupo de intervención. La continuidad del cuidado del servicio de atención domiciliar y alta después del término de las llamadas también fueron significativos (p -valor < 0,001). **Conclusión:** la teleenfermería fue una tecnología de apoyo al cuidado, principalmente para la promoción de la salud y en la alta del servicio de atención domiciliar.

Descriptor: Teleenfermería; COVID-19; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Cuidadores; Atención de Enfermería; Tecnología para la Salud.

* La publicación de este artículo en la Serie Temática "Salud digital: aportes de enfermería" es parte de la Actividad 2.2 del Término de Referencia 2 del Plan de Trabajo del Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la investigación en Enfermería, Brasil. Artículo parte de la tesis de doctorado "Telenfermagem na continuidade do cuidado ao idoso e cuidador no serviço de atenção domiciliar durante a covid-19: estudo quase experimental", presentada en la Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, RJ, Brasil.
¹ Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, RJ, Brasil.
² University of Central Florida, Orlando, FL, Estados Unidos de América.

Cómo citar este artículo

Rodrigues MA, Santana RF, Hercules ABS, Barros PFA, Lima CB. Telenursing with elderly people in home care service during the COVID-19 pandemic: quasi-experimental study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2024;32:e4320 [cited ____]. Available from: _____. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7138.4320>

año mes día

URL

Introducción

Con el agravamiento de la pandemia, debido a la diseminación de la enfermedad *Coronavirus Disease-19* (COVID-19), que se desarrolló de manera tan rápida y dramática, los servicios de salud entraron en colapso y no pudieron responder rápidamente a la rutina del proceso de trabajo. El inicio de este caos en la salud se dio en diciembre de 2019, a partir de muestras de lavado broncoalveolar obtenidas de pacientes con neumonía de causa desconocida en Wuhan, provincia de Hubei, China, cuando se descubrió el betacoronavirus denominado *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2* (Sars-Cov-2)⁽¹⁻³⁾.

En ese período, hubo una mayor preocupación por la población de personas mayores, que representa 31,2 millones de personas en Brasil, correspondiendo a casi el 15% de la población total⁽⁴⁾, y que, debido al proceso de envejecimiento, posee un deterioro del sistema inmunológico, principalmente al asociarse a las enfermedades crónicas también relativas a la edad, puede promover un aumento de la vulnerabilidad a las formas graves de COVID-19, incluso, pudiendo evolucionar hacia la muerte⁽⁵⁾. Esto se comprobó cuando el primer fallecimiento confirmado fue de un hombre de 62 años, diagnosticado con diabetes mellitus y hipertensión arterial⁽⁶⁾ y, también, a partir de estudios que demostraron que la mayor letalidad en Brasil estaba entre la franja etaria de más de 60 años, representando el 69,3% de los fallecimientos confirmados en 2020. De estos fallecimientos, el 64% presentaban al menos un factor de riesgo como cardiopatía, diabetes mellitus, enfermedad renal, entre otras. La junta de la Organización Mundial de la Salud y China presentaron estudios sobre las mismas comorbilidades en la población de personas mayores, lo que demostró que son indicadores de mayor riesgo para mortalidad con la COVID-19^(5,7).

Con los profesionales de salud de primera línea afectados de forma significativa por esta nueva enfermedad, se abrió una oportunidad para realizar atenciones de salud a larga distancia, considerando el distanciamiento como medida de protección debido al alto grado de transmisión y contaminación del virus Sars-Cov-2, además de la sobrecarga de la red de salud y la prioridad de atención hospitalaria a los casos graves. Dicha estrategia es conocida como telemedicina desde los años 90 y se caracteriza por el uso de las tecnologías de la información y comunicación para la prestación de cuidados en salud. El concepto aplicado a la enfermería se llama teleenfermería y tiene amplia aplicación y eficacia en los servicios de atención a la salud, gestión, asistencia, enseñanza e investigación, además de las ventajas de ampliar la cobertura de salud y de reducir costos. Así, con el avance rápido de la pandemia, los órganos

nacionales fueron impulsados a transformar el servicio de telemedicina y teleenfermería – de un servicio de apoyo para la principal estrategia de atención al paciente⁽⁸⁻¹¹⁾.

Tal escenario se fundamenta y se justifica en la Teoría de la Transición, que consiste en el “pasaje de un estado, condición o lugar, a otro”. Así, ella se inicia mediante eventos incontrolables⁽¹²⁾. En este contexto, la pandemia de COVID-19 forzó el aislamiento físico y social en el mundo, presentándose como uno de esos eventos incontrolables, de modo a proporcionar a las personas mayores una transición en el cuidado, más específicamente, del cuidado presencial para el remoto. La teoría ejerce una fuerte influencia en la intervención de enfermería, a partir de un cuidado transicional con una relación entre persona mayor-cuidador-enfermero planeado antes de situaciones de cambios en la vida, con estrategias en el proceso del cuidado de transición que mejore la calidad de vida de las personas, disminuyendo el riesgo potencial que la experiencia de transición puede proporcionar. Las fases del proceso de transición se dividieron en fase de entrada, con el inicio de la pandemia y del contacto telefónico; pasaje por el proceso de intervención telefónica; y salida, identificado como desenlace en este estudio. El desenlace puede ser positivo – que sería la no contaminación por COVID-19 y la continuidad del cuidado de comorbilidades crónicas – o negativo – que sería la contaminación o discontinuidad del cuidado, provocando internaciones o fallecimientos⁽¹²⁻¹³⁾.

Se entiende que la transición es esencialmente positiva, pues en el proceso de ella se obtiene mayor madurez y estabilidad y cuando aplicado a los cuidados de enfermería realizados por teléfono, tienden a ser aprehendidos y reproducidos, ya que no hay un intermediario para realizarlo, solo el cuidador. Además, caso esa transición cause ansiedad, desorientación, irritabilidad y estrés, el teléfono es una vía fácil e inmediata de comunicación para auxiliar en el proceso y obtener éxito y *coping*, conforme describe la teoría de la transición⁽¹²⁻¹³⁾.

Siendo así, para entonces actuar en la transición del cuidado presencial al remoto con las intervenciones de enfermería orientadas específicamente para las personas mayores y cuidadores, se utilizaron los diagnósticos de enfermería de la Taxonomía de NANDA-I⁽¹⁴⁾, basados en los diagnósticos de riesgo de tensión del papel del cuidador, riesgo de infección, riesgo de síndrome del anciano frágil. Asociados a los diagnósticos de enfermería, las intervenciones del NIC⁽¹⁵⁾, respectivamente a los diagnósticos NANDA-I partieron de las clasificaciones de mejora del enfrentamiento; apoyo al cuidador; control de infección y protección contra infección; asistencia del autocuidado, de las actividades esenciales de la vida diaria, baño/higiene, vestir/arreglarse, alimentación y transferencia; estimulación cognitiva y facilitación de la autorresponsabilidad.

De esta forma, considerando el contexto pandémico, con las personas mayores como grupo de riesgo, consecuentemente estando en situación de vulnerabilidad, con cuidadores sobrecargados, insertados en el sistema de salud en colapso, así como teniendo en cuenta el avance de la teleenfermería en la transición del cuidado presencial al remoto, este estudio tuvo por objetivo evaluar la teleenfermería como tecnología de apoyo en la transición del cuidado a las personas mayores y sus cuidadores en el contexto de la atención domiciliaria en la pandemia COVID-19. Los desenlaces del objetivo del estudio incluyen alta del servicio de atención domiciliaria (SAD), que significa continuidad del cuidado en la atención básica, internación o fallecimiento.

Método

Tipo del estudio

Se trata de un extracto de la tesis doctoral titulada "Teleenfermería en la continuidad del cuidado a la persona mayor y cuidador en el SAD durante la COVID-19: estudio cuasi experimental" para evaluar la teleenfermería como tecnología de apoyo en la transición del cuidado a la persona mayor y su cuidador en la pandemia de COVID-19. Estudio cuasi experimental del tipo antes y después, no aleatorizado. Para la construcción del método, se utilizó el CONSORT.

Lugar del estudio

La investigación se desarrolló en el SAD en São Gonçalo, RJ, Brasil.

Período

El estudio se realizó en el período de marzo a mayo de 2020.

Población

La población del estudio estuvo compuesta por personas mayores registradas en el SAD y sus cuidadores.

Dado el acuerdo de cooperación establecido con el SAD, se proporcionó una lista telefónica con todos los pacientes registrados y atendidos por ese servicio, que comprendían 392 personas, incluyendo niños, adultos y personas mayores.

Criterios de selección

Los criterios de inclusión fueron estar registrados en el SAD; tener edad igual o superior a 60 años. Si

poseen cuidador: ser el principal cuidador de la persona mayor acompañada por el SAD; aceptar participar en la investigación; ser capaz de responder a los cuestionamientos realizados por la investigadora de forma coherente y poseer teléfono fijo o móvil.

Los criterios de discontinuidad aplicados: no responder a la primera llamada tras tres intentos; no atender, como mínimo, al 25% de las llamadas telefónicas después del inicio de la teleconsulta de enfermería.

Cabe destacar que uno de los criterios para estar registrado a un servicio de atención domiciliaria del Sistema Único de Salud es tener un cuidador⁽¹⁶⁾, por lo tanto, todas las personas registradas poseían cuidadores vinculados en la ficha catastral, pudiendo ser familiar o profesional, pero en la práctica no todos estaban con los cuidadores presentes en el momento de la llamada o omitieron la información al servicio para que pudieran recibir el cuidado en salud incluso sin tener el cuidador, siendo así el instrumento fue aplicado de acuerdo con quien atendía la llamada.

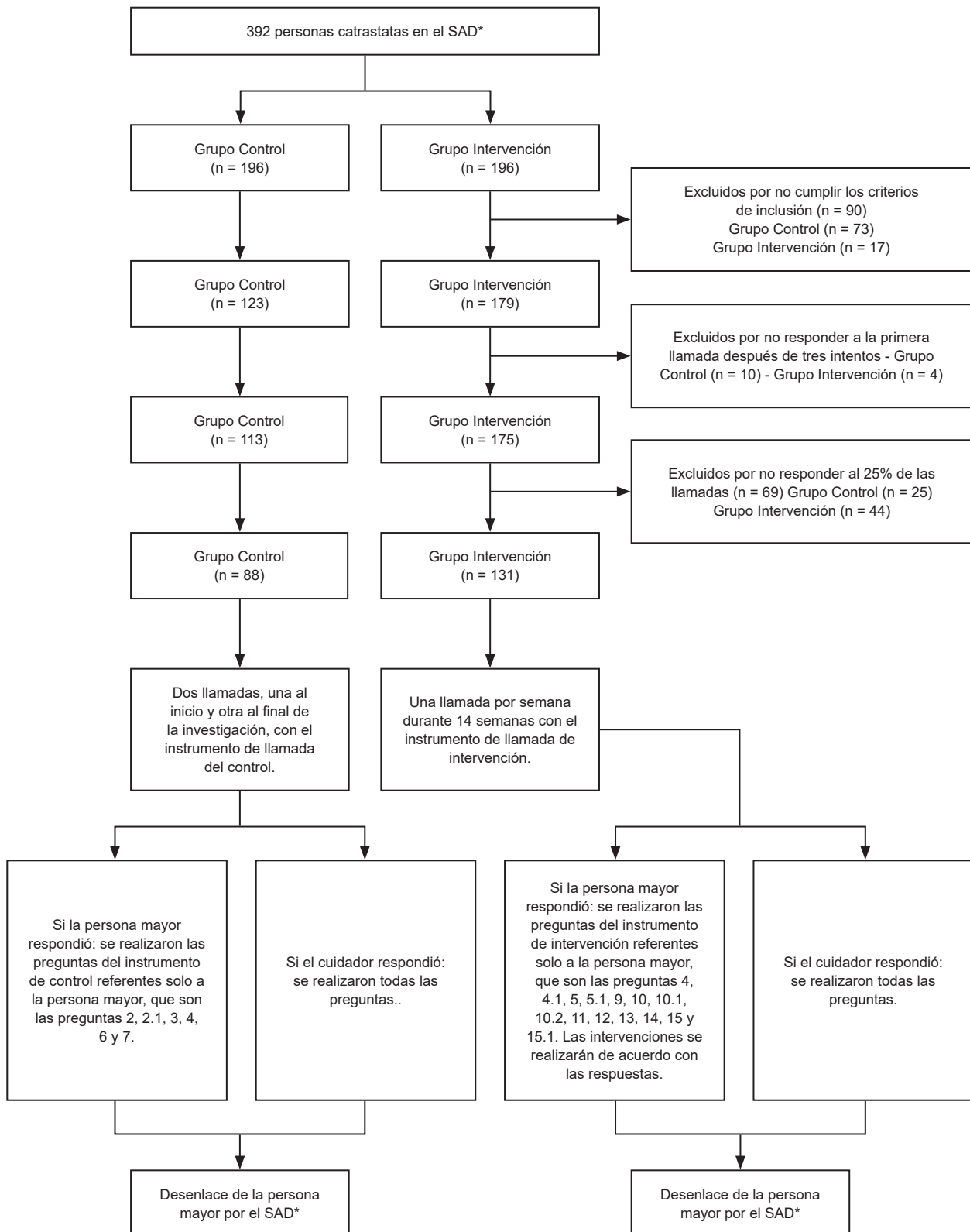
Definición de la muestra y recolección de datos

El tamaño de la muestra fue determinado con la ejecución de metodología muestral que estimó la proporción de resultados de los desenlaces del servicio de atención domiciliaria en dos poblaciones, en este caso: control e intervención. En este sentido, sea p_1 la proporción de altas del servicio de atención domiciliaria en el grupo control y sea p_2 la proporción de casos en el grupo intervención, es necesario medir la diferencia $p_1 - p_2$, también conocida como diferencia de riesgos⁽¹⁷⁾. Para el cálculo fueron necesarias informaciones de estudios pilotos y de informaciones previas de estudios ya conocidos o publicados⁽¹⁸⁾. En el estudio piloto, encontramos los siguientes valores $p_1=0.05$ y $p_2=0.20$, aproximadamente. Se supuso, entonces, que en el grupo intervención la proporción de alta sería el cuádruple del grupo control. Considerando estos valores y una variación del nivel de confianza del test de 95%, se obtuvo que la muestra mínima sería de 188 personas mayores, quedando evidente que la población del presente estudio (219 participantes) es satisfactoria.

La lista telefónica proporcionada poseía nombre en orden alfabético y edad de las 392 personas registradas en el SAD. Estas fueron divididas en forma de sorteo aleatorio en dos sobres distintos, nombrados grupo control y grupo intervención, que contenían 196 nombres cada uno. Se abrieron los sobres y, tras la aplicación de los criterios de inclusión, se identificaron 302 personas mayores elegibles para el estudio, siendo 90 excluidas, 73 del grupo control y 17 del grupo intervención. Tras la

primera llamada, 10 personas mayores del grupo control y 4 del grupo intervención no atendieron la primera llamada tras tres intentos en días y horarios diferentes, considerándose estas como pérdidas de participantes, resultando en 288 incluidos en el estudio, siendo 113 en el grupo control y 175 en el grupo intervención.

En el transcurso del estudio, 69 personas mayores fueron excluidas por no atender el 25% de las llamadas telefónicas, siendo 44 del grupo intervención y 25 del control, obteniéndose una muestra final de 219 personas mayores, siendo 131 en el grupo intervención, 88 en el control (Figura 1).



*SAD = Servicio de Atención Domiciliaria

Figura 1 - Flujograma de participantes y protocolo de intervención de la investigación aplicado a los grupos control e intervención

Instrumentos

El equipo de investigación, formado por la investigadora principal, además de dos enfermeras y dos estudiantes de enfermería, creó dos instrumentos de llamada para ser utilizados en el contacto telefónico, uno para el grupo intervención y otro para el grupo control (Figura 2), que sirvieron para guiar las llamadas telefónicas realizadas.

El instrumento de la Figura 2 fue desarrollado a la luz de la evaluación gerontológica y fundamentado en la Teoría de la Transición^(12,19). Se elaboró de forma sistematizada con el objetivo de desarrollar un plan adecuado de cuidados y apoyo en la intervención del estado general de la persona mayor y de su cuidador relacionado al cuidado de ambos durante la investigación del síndrome gripal y aislamiento social en tiempos de COVID-19.

Las preguntas y las intervenciones del telecuidado fueron elaboradas de acuerdo con las atribuciones legales del profesional enfermero, basadas en los diagnósticos de riesgo de tensión del papel del cuidador, riesgo de infección y riesgo de síndrome del anciano frágil de la

Taxonomía de NANDA-I⁽¹⁴⁾, asociados estos diagnósticos, respectivamente, a las intervenciones del NIC⁽¹⁵⁾, partieron de las clasificaciones de mejora del enfrentamiento; apoyo al cuidador; control de infección y protección contra infección; asistencia del autocuidado, de las actividades esenciales de la vida diaria, baño/higiene, vestir/arreglarse, alimentación y transferencia; estimulación cognitiva y facilitación de la autorresponsabilidad y en el Protocolo de Manejo Clínico del Coronavirus (COVID-19) en la Atención Primaria a la Salud del Ministerio de Salud⁽²⁰⁾. En cuanto a la comparación de las evaluaciones e intervenciones en la salud de la persona mayor y de su cuidador mediante la teleconsulta, se utilizó los dominios de NANDA I y NIC.

Estos diagnósticos e intervenciones fueron elegidos para la promoción y prevención de la salud de la persona mayor y de sus cuidados en el aislamiento social y con el objetivo de controlar la infección por COVID-19.

Cuando se identificaba alguna situación que demandaba urgencia/emergencia o atención presencial, en el momento de la llamada, el equipo del SAD era activado por el equipo de investigación y realizaba la debida atención o seguimiento.

Instrumento de Control		
NÚMERO	PREGUNTA	LEYENDA
CUIDADOR		Autocuidado/uno mismo
		No formal
		Formal
TIPO DE CUIDADOR		Autocuidado/uno mismo
		Cónyuge
		Hijo(a)
		Padre/madre
		Nieto(a)
		Hermano(a)
		Sobrino(a)
		Primo(a)
		Nuera
		Vecino(a)
	Cuidador formal	
ESTADO DE LA PERSONA MAYOR - ¿Cómo está usted? ¿Y la persona mayor? ¿Cuántas personas hay en la casa? ¿Cuántas personas hay en el terreno?		Descriptiva
RESIDENTES DE LA CASA - ¿Cuántos residentes hay en la casa?		Número de residentes

Instrumento de Control		
NÚMERO	PREGUNTA	LEYENDA
PREGUNTA 1	¿Cómo está el cuidado de la persona mayor en casa en tiempos de distanciamiento social para la prevención del coronavirus?	Tranquilo
		Puede realizar todas las actividades planificadas en el día
		Cansado
		Ajetreado
		No puede realizar las actividades planificadas en el día
		Estrés mental
		Sin comida o suministros
		Sin medicación
PREGUNTA 2	¿Hubo algún cambio en la rutina para adaptarse al cuidado de la persona mayor? ¿Hubo aumento en las demandas de cuidado durante la pandemia?	No
		Sí
PREGUNTA 3	¿La persona mayor está aislada?	No
		Sí
PREGUNTA 4	¿Alguien en la casa trabaja? ¿Y sale de casa para trabajar?	Nadie trabaja
		Trabaja en Actividades Esenciales y sale de casa
		Trabaja en Actividades No Esenciales y sale de casa
		Trabaja en Actividades No Esenciales y está en <i>home office</i>
PREGUNTA 5	¿Cómo está la salud de la persona mayor?	Ningún síntoma/todos bien
		Falta de aire
		Tos
		Cansancio
		Dolores
		Fiebre
		Congestión nasal
		Sin olfato y/o gusto
PREGUNTA 5.1	¿Cuánto tiempo?	Número en días
PREGUNTA 6	¿La persona mayor se hizo la prueba rápida de COVID?	No
		Sí
PREGUNTA 6.1	Si es así, ¿cuál fue el resultado?	Negativo
		Positivo
PREGUNTA 6.2	Si es positivo, ¿cuál fue el resultado?	No se aplica
		IGM* positivo
		IGG [†] positivo
PREGUNTA 7	¿El cuidador está aislado?	No
		Sí
		No se aplica

Instrumento de Control		
NÚMERO	PREGUNTA	LEYENDA
PREGUNTA 8	¿Cómo está la salud del cuidador?	Ningún síntoma/todos bien
		Falta de aire
		Tos
		Cansancio
		Dolores
		Fiebre
		Congestión nasal
		Sin olfato y/o gusto
		No se aplica
PREGUNTA 8.1	¿Cuánto tiempo?	Número en días
PREGUNTA 9	¿El cuidador se hizo la prueba rápida de COVID?	No
		Sí
		No se aplica
PREGUNTA 9.1	Si es así, ¿cuál fue el resultado?	No se hizo la prueba/no se aplica
		Negativo
		Positivo
PREGUNTA 9.2	Si es positivo, ¿cuál fue el resultado?	No se aplica
		IGM* positivo
		IGG ⁺ positivo
PREGUNTA 10	¿Cómo está la salud de las otras personas de la casa?	Ningún síntoma/todos bien
		Falta de aire
		Tos
		Cansancio
		Dolores
		Fiebre
		Congestión nasal
		Sin olfato y/o gusto
No se aplica		
PREGUNTA 10.1	¿Cuánto tiempo?	Número en días
PREGUNTA 11	¿Alguien más en la casa se hizo la prueba rápida?	No
		Sí
PREGUNTA 11.1	Si es así, ¿quién? <i>Considerar personas además de la persona mayor y el cuidador. Ejemplo: si el cuidador es el cónyuge, esta pregunta no debe ser considerada, pero si el cuidador es el hijo y el marido se hizo la prueba, esta pregunta debe ser respondida.</i>	No se aplica
		Cónyuge de la persona mayor
		Hijo(a) de la persona mayor
		Nieto(a) de la persona mayor
		Padres de la persona mayor
		Hermano(a) de la persona mayor
Cónyuge del cuidador		
PREGUNTA 11.2	Si es así, ¿cuál fue el resultado?	No se hizo la prueba
		Negativo
		Positivo

Instrumento de Control		
NÚMERO	PREGUNTA	LEYENDA
PREGUNTA 11.3	Si es positivo, ¿cuál fue el resultado?	No se aplica
		IGM* positivo
		IGG† positivo
PREGUNTA 12	¿La persona mayor ya fue vacunada contra la gripe?	No
		Sí
PREGUNTA 12.1	¿Quién la vacunó?	SAD‡
		USF§
PREGUNTA 13	¿El cuidador ya fue vacunado contra la gripe?	0 No se aplica
		1 No
		2 Sí
PREGUNTA 13.1	¿Quién la vacunó?	No se aplica
		SAD‡
		USF§
PREGUNTA 14	¿Ha recibido visitas del SAD? ¿Con qué frecuencia?	No
		Semanalmente
		Cada 15 días
		Mensual
PREGUNTA 15	¿Hubo uso de servicios de salud?	No
		Sí
DESENLACE		Continuó con el cuidado del SAD‡ después del término de las llamadas.
		No quiso seguir recibiendo la visita presencial del SAD‡ por causa de la pandemia ni las llamadas de la investigación (firmó el término y no retiró la participación en la investigación).
		Alta del SAD‡ después de las llamadas o término de las llamadas.
		Internación
		Fallecimiento
Motivo de la internación o fallecimiento		Descriptivo

Instrumento de Intervención		
COLUMNA	PREGUNTA	LEYENDA
CUIDADOR		Autocuidado/uno mismo
		No formal
		Formal
TIPO DE CUIDADOR		Autocuidado/uno mismo
		Cónyuge
		Hijo(a)
		Padre/madre
		Nieto(a)
		Hermano(a)
		Sobrino(a)
		Primo(a)
		Nuera
		Vecino(a)
		Cuidador formal

Instrumento de Intervención		
COLUMNA	PREGUNTA	LEYENDA
ESTADO DE LA PERSONA MAYOR - ¿Cómo está usted? ¿Y la persona mayor? ¿Cuántas personas hay en la casa? ¿Cuántas personas hay en el terreno?		Descriptivo
ESTADO DEL CUIDADOR		Descriptivo
RESIDENTES DE LA CASA - ¿Cuántos residentes hay en la casa?		Número de residentes
PREGUNTA 1	¿Cómo está el cuidado de la persona mayor en casa en tiempos de distanciamiento social para la prevención del coronavirus?	Tranquilo
		Puede realizar todas las actividades planificadas en el día
		Cansado
		Ajetreado
		No puede realizar las actividades planificadas en el día
		Estrés mental
		Sin comida o suministros
		Sin medicación
INTERVENCIÓN 1		Usar un enfoque calmado y tranquilizador.
INTERVENCIÓN 2		Fomentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.
INTERVENCIÓN 3		Proporcionar al cuidador información realista sobre los aspectos del cuidado a la persona mayor.
INTERVENCIÓN 4		Evaluar la posibilidad de turnarse en los cuidados.
INTERVENCIÓN 5		Fomentar el diálogo del cuidador con familiares sobre los cuidados.
PREGUNTA 1.1	Si la respuesta es <i>Cansado, Ajetreado o No puede realizar las actividades planificadas en el día: ¿Por qué dice eso?</i>	Descriptivo
PREGUNTA 2	¿Cuál es su sentimiento relacionado al cuidado prestado a la persona mayor en este tiempo de pandemia?	Calmo/tranquilo
		Satisfecho
		Triste
		Cansado
		Sobrecargado
		Agotado
		Angustiado
		Estresado
		Inseguridad
PREGUNTA 2.1	¿Con qué frecuencia?	No/Nunca
		Raramente
		A veces
		Casi siempre
		Siempre
INTERVENCIÓN 6		Fomentar la participación de la familia en línea, según corresponda.
INTERVENCIÓN 7		Solicitar servicios de otros profesionales de salud para el paciente, según corresponda.
INTERVENCIÓN 8		Actuar en favor del cuidador cuando la sobrecarga se vuelva evidente/ Explicar sobre el funcionamiento de la red de asistencia de salud, como la llamada al núcleo del equipo multiprofesional de apoyo que ofrecerá soporte al cuidador y a la familia en cuestiones sociales y psicológicas.

Instrumento de Intervención		
COLUMNA	PREGUNTA	LEYENDA
INTERVENCIÓN 9		Fomentar la realización de actividades de ocio en el domicilio (se puede enviar material por <i>Web Whats</i> Comercial).
PREGUNTA 3	¿La persona mayor está aislada?	No
		Sí
PREGUNTA 4	¿Cómo está la salud de la persona mayor?	Ningún síntoma/todos bien
		Falta de aire
		Tos
		Cansancio
		Dolores
		Fiebre
		Congestión nasal
		Sin olfato y/o gusto
PREGUNTA 4.1	¿Cuánto tiempo?	Número en días
PREGUNTA 5	¿La persona mayor se hizo la prueba rápida de COVID?	No
		Sí
PREGUNTA 5.1	Si es así, ¿cuál fue el resultado?	Negativo
		Positivo
PREGUNTA 5.2	Si es positivo, ¿cuál fue el resultado?	No se aplica
		IGM* positivo
		IGG† positivo
PREGUNTA 6	¿El cuidador está aislado?	No
		Sí
		No se aplica
PREGUNTA 7	¿Cómo está la salud del cuidador?	Ningún síntoma/todos bien
		Falta de aire
		Tos
		Cansancio
		Dolores
		Fiebre
		Congestión nasal
		Sin olfato y/o gusto
		No se aplica
PREGUNTA 7.1	¿Cuánto tiempo?	Número en días
PREGUNTA 8	¿El cuidador se hizo la prueba rápida de COVID?	No
		Sí
		No se aplica
PREGUNTA 8.1	Si es así, ¿cuál fue el resultado?	Negativo
		Positivo
		No se aplica
PREGUNTA 8.2	Si es positivo, ¿cuál fue el resultado?	No se aplica
		IGM* positivo
		IGG† positivo

Instrumento de Intervención		
COLUMNA	PREGUNTA	LEYENDA
PREGUNTA 9	¿Cómo está la salud de los miembros de la familia?	Ningún síntoma/todos bien
		Falta de aire
		Tos
		Cansancio
		Dolores
		Fiebre
		Congestión nasal
		Sin olfato y/o gusto
		No se aplica
PREGUNTA 9.1	¿Cuánto tiempo?	Número en días
PREGUNTA 10	¿Alguien más en la casa se hizo la prueba rápida?	No
		Sí
PREGUNTA 10.1	Si es así, ¿quién? <i>Considerar personas además de la persona mayor y el cuidador. Ejemplo: si el cuidador es el cónyuge, esta pregunta no debe ser considerada, pero si el cuidador es el hijo y el esposo se hizo la prueba, esta pregunta debe ser respondida</i>	No se aplica
		Cónyuge de la persona mayor
		Hijo(a) de la persona mayor
		Nieto(a) de la persona mayor
		Padres de la persona mayor
		Hermano(a) de la persona mayor
		Cónyuge del cuidador
PREGUNTA 10.2	Si es así, ¿cuál fue el resultado?	No se hizo la prueba
		Negativo
		Positivo
PREGUNTA 10.3	Si es positivo, ¿cuál fue el resultado?	No se aplica
		IGM* positivo
		IGG ⁺ positivo
INTERVENCIÓN 10		Cuando tenga síntomas leves, orientar los cuidados en casa - VER flujo de atención COVID-19
PREGUNTA 11	¿Quién hace las compras?	No salen de casa/piden por teléfono/piden por aplicación
		La propia persona mayor
		El cuidador
		Cónyuge de la persona mayor
		Hijo(a) de la persona mayor
		Nieto(a) de la persona mayor
		Padres de la persona mayor
		Hermano(a) de la persona mayor
		Sobrino(a) de la persona mayor
		Yerno de la persona mayor
		Nuera de la persona mayor
		Vecino(a) de la persona mayor

Instrumento de Intervención		
COLUMNA	PREGUNTA	LEYENDA
PREGUNTA 12	¿Alguien en la casa trabaja? ¿Y sale de casa para trabajar?	Nadie trabaja
		Trabaja en Actividades Esenciales y sale de casa
		Trabaja en Actividades No Esenciales y sale de casa
		Trabaja en Actividades No Esenciales y está en <i>home office</i>
PREGUNTA 13	¿Alguien ha viajado en los últimos 14 días?	No
		Sí
PREGUNTA 14	¿Contactantes en los últimos 14 días?	No
		Sí
PREGUNTA 15	¿La persona mayor ya fue vacunada contra la gripe?	No
		Sí
PREGUNTA 15.1	¿Quién la vacunó?	No se aplica
		SAD [†]
		USF [§]
PREGUNTA 16	¿El cuidador ya fue vacunado contra la gripe?	No
		Sí
		No se aplica
PREGUNTA 16.1	¿Quién la vacunó?	No se aplica/No se vacunó
		SAD [†]
		USF [§]
INTERVENCIÓN 11		Explicar la diferencia entre gripe y coronavirus y la protección que ofrecen las vacunas.
PREGUNTA 17	¿Hubo cambio en la rutina para adaptarse al cuidado de la persona mayor/su cuidado?	No
		Sí
INTERVENCIÓN 12		Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de los cuidados de salud para disminuir la contaminación (higiene y antisépticos).
INTERVENCIÓN 13		Enseñar a mantener la propia salud física y mental (sueño, ejercicios en casa, música relajante, alimentación).
INTERVENCIÓN 14		Determinar las necesidades de mejoras en casa para compensar la higiene y la salud mental, detallar.
INTERVENCIÓN 15		Determinar las necesidades de cambios relacionados con la seguridad en casa, detallar.
INTERVENCIÓN 16		Orientar sobre condiciones adecuadas para la vivienda con la persona mayor, detallar.
INTERVENCIÓN 17		Cuando tosa o estornude, cubra la boca y la nariz con un pañuelo desechable y tírelo a la basura, o cúbrase con el antebrazo. No use sus manos para evitar transmitir el virus a objetos y personas.
INTERVENCIÓN 18		Lave sus manos con agua y jabón durante al menos 20 segundos con frecuencia. Cuando no sea posible, límpiense y desinfectese las manos con alcohol en gel al 70%.
INTERVENCIÓN 19		Evite el contacto cercano con personas que tengan síntomas de resfriado o gripe.
INTERVENCIÓN 20		Evite el contacto cercano con personas mayores, embarazadas, mujeres en periodo de lactancia o personas que se enferman con facilidad.
INTERVENCIÓN 21		No comparta objetos de uso personal, como vasos, cubiertos y platos, y limpie objetos que se toquen con frecuencia, como celulares.

Instrumento de Intervención		
COLUMNA	PREGUNTA	LEYENDA
PREGUNTA 18	¿De los cuidados que realizan con la persona mayor, hay alguno que presenta dificultad?	Ninguno
		Ducharse
		Higiene personal: usar el baño, limpiarse o arreglarse la ropa
		Vestirse
		Alimentarse
		Transferencia: Levantarse y caminar
		Vendaje
INTERVENCIÓN 22		Fomentar la independencia, pero ayudar a la persona mayor cuando ella no pueda hacerlo.
INTERVENCIÓN 23		Determinar la capacidad mental y cognitiva de la persona mayor para asumir las actividades de autocuidado.
INTERVENCIÓN 24		Orientar al cuidador para que anime a la persona mayor a asumir la mayor responsabilidad posible por su propio autocuidado.
INTERVENCIÓN 25		Apoyar al cuidador en el establecimiento de límites y en el cuidado de sí mismo.
INTERVENCIÓN 26		Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de los cuidados de salud para mantener la propia salud física y mental.
INTERVENCIÓN 27		Fomentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos en relación con el baño.
INTERVENCIÓN 28		Orientar al cuidador para que establezca una relación de confianza con la persona mayor durante el baño.
INTERVENCIÓN 29		Orientar al cuidador para que anime a la persona mayor a verbalizar señales y síntomas relacionados con dolor, sensibilidad, picazón, alteración en la audición, zumbido, vértigo, alteración en la fuerza muscular, integridad de la piel y edemas.
INTERVENCIÓN 30		Orientar al cuidador para lavar y acondicionar el cabello de la persona mayor, masajeando con la punta de los dedos el cuero cabelludo, y preferir el uso de jabón líquido y neutro durante el baño.
INTERVENCIÓN 31		Orientar al cuidador para realizar la limpieza de las uñas, aplicar cremas en la piel, especialmente en las prominencias óseas, peinar el cabello con peines de dientes anchos, secar cuidadosamente los pliegues corporales y entre los dedos, y mantener el perineo seco y limpio en intervalos regulares.
INTERVENCIÓN 32		Orientar al cuidador sobre los signos y síntomas de retención urinaria/ infección urinaria, que son disminución de la frecuencia, consistencia, olor, volumen, color, dolor y globo vesical, según corresponda.
INTERVENCIÓN 33		Orientar sobre la ocurrencia de signos y síntomas de diarrea, estreñimiento, impactación e incontinencia fecal.
INTERVENCIÓN 34		Orientar al cuidador para que, ante cualquier episodio vesico-intestinal, se realice una higiene adecuada (agua y jabón).
INTERVENCIÓN 35		Orientar al cuidador para disponer la ropa necesaria para la persona mayor en un área accesible.
INTERVENCIÓN 36		Orientar al cuidador para ayudar a la persona mayor en el uso de cordones, botones y cremalleras.
INTERVENCIÓN 37		Orientar al cuidador a estimular a la persona mayor a vestirse sola de acuerdo con su condición física.
INTERVENCIÓN 38		Orientar al cuidador a estimular la verbalización de la persona mayor sobre sus limitaciones para vestirse.
INTERVENCIÓN 39		Orientar al cuidador a monitorear la condición de la boca de la persona mayor: labios, lengua, membranas mucosas, dientes, encías y aparatos dentales y su adaptación. Atención a signos de inflamación, encías esponjosas, retraídas o con sangrado; labios secos, agrietados; heridas; lengua cruda, escarlata; e hiperemia e hipertrofia de las papilas.

Instrumento de Intervención		
COLUMNA	PREGUNTA	LEYENDA
INTERVENCIÓN 40		Orientar al cuidador a posicionar correctamente a la persona mayor para facilitar la masticación y la deglución, proporcionando apoyo adecuado para el cuello.
INTERVENCIÓN 41		Orientar al cuidador a ofrecer la comida de forma apetitosa, a la temperatura adecuada, arreglada en el plato, si es necesario, cortando la carne, pelando los huevos, abriendo los paquetes y/o alimentos empaquetados.
INTERVENCIÓN 42		Orientar al cuidador a ofrecer cubiertos y dispositivos según la necesidad de la persona mayor, como pajillas y cucharas.
INTERVENCIÓN 43		Orientar al cuidador a ayudar y/o incentivar a la persona mayor a mantener la rutina de higiene bucal.
INTERVENCIÓN 44		Orientar al cuidador a observar señales no verbales de incomodidad, como expresiones faciales y movimientos excesivos en personas mayores que son incapaces de comunicarse efectivamente.
INTERVENCIÓN 45		Orientar al cuidador o a la familia a obtener herramientas para ayudar en las actividades diarias: andador, bastón, muletas, barras de apoyo, iluminación adecuada, esquinas redondeadas y barandillas si es necesario.
INTERVENCIÓN 46		Orientar al cuidador o a la familia a controlar factores ambientales que puedan influir de manera negativa en la movilidad como la temperatura del ambiente, calor o frío, iluminación y ruidos.
INTERVENCIÓN 47		Orientar al cuidador a reducir factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor como miedo, fatiga, monotonía y falta de información.
INTERVENCIÓN 48		Orientar sobre el uso adecuado de analgésicos prescritos para ayudar con el dolor cuando esté relacionado con el movimiento.
INTERVENCIÓN 49		Orientar sobre el cambio de posición cada 2 horas, protegiendo prominencias óseas y evitando edema.
INTERVENCIÓN 50		Orientar al cuidador a animar a la persona mayor a involucrarse en los cambios de posición cuando sea posible.
INTERVENCIÓN 51		Orientar al cuidador a mantener la cama de la persona mayor limpia y con sábanas estiradas para evitar tensiones en heridas y deslizamientos durante la movilización.
INTERVENCIÓN 52		Orientar al cuidador a utilizar equipos apropiados para apoyar miembros y prominencias óseas, como cojines.
PREGUNTA 19	¿La persona mayor desarrolló algún comportamiento diferente durante este distanciamiento social?	Ninguna/no
		Agitación
		Tristeza
		Agresividad
		Confusión
		Trastornos de memoria
		Trastornos de orientación
		Trastornos de comportamiento
		Ansiedad
		Miedo
INTERVENCIÓN 53		Orientar al paciente en el tiempo, espacio y persona.
INTERVENCIÓN 54		Proporcionar un calendario.
INTERVENCIÓN 55		Estimular la cognición mediante ejercicios como pintura, dibujo, rompecabezas, cantar y escuchar música, usar televisión y radio, colocar fotos de familiares cercanos al paciente.
INTERVENCIÓN 56		Orientar sobre el ambiente en el que la persona mayor duerme, oscurecer el ambiente cuando sea la hora de dormir, tener una ventilación adecuada.

Instrumento de Intervención		
COLUMNA	PREGUNTA	LEYENDA
INTERVENCIÓN 57		Utilizar técnicas calmantes como música de preferencia de la persona mayor, tocarla y estar presente.
INTERVENCIÓN 58		Reconocer los miedos y los sentimientos del paciente.
INTERVENCIÓN 59		Permitir que la persona mayor mantenga algunos de sus rituales para limitar la ansiedad.
INTERVENCIÓN 60		Informar la percepción del cuidador de manera calmada, tranquilizadora y no argumentativa.
INTERVENCIÓN 61		Responder al tono, en lugar del contenido, de la alucinación o delirio.
INTERVENCIÓN 62		Mantener un ambiente bien iluminado que reduzca contrastes agudos y sombras.
PREGUNTA 20	¿Hubo uso de servicios de salud?	No
		Sí
DESENLACE		Continuó con el cuidado del SAD [‡] después del término de las llamadas.
		No quiso seguir recibiendo la visita presencial del SAD [‡] por causa de la pandemia ni las llamadas de la investigación (firmó el término y no retiró la participación en la investigación).
		Alta del SAD [‡] después de las llamadas o término de las llamadas
		Internación
		Fallecimiento
Motivo de la internación o fallecimiento		Descriptivo

*IGM = Inmunoglobulina M; †IGG = Inmunoglobulina G; ‡SAD = Servicio de Atención Domiciliaria; §USF = Unidad de Salud de la Familia

Figura 2 - Instrumento de investigación del grupo control e intervención para persona mayor y cuidadores

El instrumento fue validado por cinco especialistas en gerontología en marzo de 2020 y se aplicó a siete personas mayores registradas en el servicio de atención domiciliaria que no fueron incluidas en el estudio antes del inicio de la recolección de datos. Posteriormente, se publicaron datos preliminares que indicaron la validación del instrumento⁽²¹⁾.

Tratamiento y análisis de datos

Los datos se tabularon utilizando el *software Microsoft Excel 2016*. Posteriormente, fueron importados al *software estadístico IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)* versión 24, para el correspondiente tratamiento analítico. Se utilizaron estadísticas descriptivas dispuestas en forma de tabla, donde se contabilizaron las frecuencias y porcentajes de las variables en estudio. Tras evaluaciones iniciales de los datos, se aplicó métodos estadísticos para verificar asociaciones y correlaciones entre las variables. Para evaluar el comportamiento entre dos variables categóricas se utilizó el test estadístico de Fisher (Test de Asociación), y, para la evaluación de diferencias entre las medias, se aplicó el test de Kruskal Wallis.

Aspectos éticos

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la institución sede de la investigación, con los números de Certificado de Presentación de Apreciación Ética (CAAE) 14354919.1.0000.5243 y 43682821.6.0000.5243. Se celebró un acuerdo de cooperación técnica con el municipio al que estaba vinculado el SAD. En cuanto al reclutamiento de participantes, el equipo de investigación realizó el primer contacto telefónico para explicar la investigación que sería realizada, obteniendo inicialmente el consentimiento verbal de participación mediante la lectura del Consentimiento Informado (IC) tanto para la persona mayor como para el cuidador. Se resaltó el sigilo de la información. Posteriormente, durante la visita presencial por parte del equipo del SAD en colaboración con el equipo de investigación, se obtuvo la firma del Consentimiento Informado de todos los participantes.

No se observaron riesgos directos a los participantes, ya que las intervenciones de enfermería

ofrecidas a través de las llamadas telefónicas ya formaban parte del espectro de orientaciones y cuidados de enfermería previamente ofrecidos a la población del SAD. Se observó un leve malestar que pudo haber sido causado por los inconvenientes relacionados con las llamadas y las posibles alteraciones emocionales en referencia a las preguntas e intervenciones del cuestionario, que fueron minimizados por los investigadores mediante la escucha activa y la oferta de soporte psicológico o médico del equipo multiprofesional del SAD. El contacto telefónico de los investigadores estuvo disponible para casos de interurrencias, orientaciones y encaminamientos. Se ofrecieron cuidados de enfermería relativos a la promoción de la salud por medio de orientaciones sobre higiene, aglomeración, respeto al aislamiento social y mantenimiento de mejores condiciones de vida en la pandemia de COVID-19, con mejora de la capacidad emocional y funcional.

Los beneficios del estudio abordan la contribución social, académica y profesional para la consolidación de un cuidado de enfermería innovador en el órgano público, de

bajo costo y fácil manejo, utilizado en el apoyo al servicio de los equipos de enfermería, promoviendo ayuda en la promoción de la salud, adherencia al tratamiento, confort psicológico, rastreo y prevención de complicaciones de salud de la persona mayor.

Tras la finalización del estudio, el grupo de control recibió todas las llamadas con las debidas intervenciones de enfermería en el mismo período.

Resultados

El presente estudio contó con un total de 1691 llamadas, de estas, 1515 para los 131 participantes del grupo intervención y 176 para los 88 participantes del grupo control, mediante el uso de los instrumentos de llamada adecuados para cada grupo.

Los resultados de la Tabla 1 detallan las características de los participantes del estudio, así como la separación por grupo analizado (control e intervención). El Test Exacto de Fisher se aplicó para evaluar la distribución porcentual de la característica en relación con los grupos analizados, es decir, su homogeneidad.

Tabla 1 - Evaluación de la homogeneidad de la muestra de personas mayores y cuidadores. São Gonçalo, RJ, Brasil, 2020

Característica	Grupo				Total		P-valor*
	Control		Intervención		N	%	
	n	%	n	%			
Sexo de la persona mayor							0,165
Masculino	44	50,0	52	39,7	96	43,8	
Femenino	44	50,0	79	60,3	123	56,2	>0,999
Sexo del cuidador							
Masculino	13	15,7	17	15,2	30	15,4	
Femenino	70	84,3	95	84,8	165	84,6	
Edad (promedio)							
Persona mayor	75,2		75,9				0,849
Cuidador	51,6		53,1				0,615
Posee cuidador							
Sí	83	94,3	112	85,5	195	89,0	0,048
No	5	5,7	19	14,5	24	11,0	0,068
Número de comorbilidad en las personas mayores							
0	0	0,0	4	3,1	4	1,8	
1	7	8,0	14	10,7	21	9,6	
2	21	23,9	37	28,2	58	26,5	
3	22	25,0	29	22,1	51	23,3	
4	13	14,8	28	21,4	41	18,7	

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Característica	Grupo				Total		P-valor*
	Control		Intervención		N	%	
	n	%	n	%			
5	11	12,5	14	10,7	25	11,4	
6	6	6,8	4	3,1	10	4,6	
7	4	4,5	1	0,8	5	2,3	
8	3	3,4	0	0,0	3	1,4	
9	1	1,1	0	0,0	1	0,5	0,709
Número de comorbilidad en los cuidadores							
0	44	50,0	70	53,4	114	52,1	
1	28	31,8	34	26,0	62	28,3	
2	15	17,0	23	17,6	38	17,4	
3	1	1,1	4	3,1	5	2,3	

*Test Exacto de Fisher, significativa se p-valor < 0,05

Entre las características analizadas en cuanto a la homogeneidad, la única que mostró significancia fue "Posee cuidador", ya que se observaron las diferencias porcentuales entre los grupos (p-valor = 0,048), indicando que el grupo control tuvo un mayor porcentaje de personas mayores con cuidador (94,3%) en comparación con el de intervención (85,5%).

Se realizó una evaluación de la homogeneidad de las variables cuantitativas respecto a: edad, edad del cuidador, número de comorbilidades de las personas mayores y número de comorbilidades de los cuidadores, por medio de los resúmenes estadísticos y aplicación del test de Kruskal-Wallis, con el objetivo de evaluar si la distribución de los valores entre el grupo control e intervención eran similares. Se destaca que el test de Kruskal-Wallis es significativo si el p-valor es < 0,05.

En este sentido, se observó que solo la comparación 'Número de comorbilidades en las personas mayores' en el grupo de control fue mayor que en el grupo de intervención (p-valor = 0,023). Las demás comparaciones no fueron significativas.

En relación con las evaluaciones de la salud de la persona mayor y de los cuidadores respecto a los signos y síntomas de COVID-19, como: falta de aire, tos, cansancio, dolores, fiebre, coriza y la ausencia de gusto y/o olfato, durante las llamadas, también se aplicó el test de Kruskal-Wallis con significancia si el p-valor es < 0,05. En esta evaluación, no hubo diferencias porcentuales entre el grupo control y el intervención.

En cuanto a la comparación de las evaluaciones de la salud del cuidador en relación a los grupos analizados, se observó significancia en la opción "Ningún síntoma"

favoreciendo al grupo control (p-valor < 0,001). Este último tuvo más evaluaciones positivas que el grupo intervención.

En la comparación de las evaluaciones de la salud de los residentes en relación a los grupos analizados, el resultado más positivo fue "sin síntomas" en el grupo intervención con (p-valor < 0,001).

En la Tabla 2, se puede observar el número medio de intervenciones realizadas con la persona mayor y con el cuidador durante las llamadas en el grupo intervención.

Se observa que en la primera llamada hay una mayor necesidad de intervenciones. A lo largo de las llamadas, la cantidad disminuye y este resultado fue significativo (p-valor < 0,001) para todos los aspectos estudiados, pero principalmente para la promoción de la salud, que trata de la fragilidad y se estabiliza con el tiempo, mientras que la Seguridad/protección permaneció como algo necesario y fue reforzado con la pandemia de COVID-19, asociada a la promoción del bienestar del cuidador incluido en el dominio Roles y Relación.

En la Tabla 3, se evalúa la existencia de diferencia en el porcentaje de respuestas de cada desenlace en relación al grupo control e intervención. Hay diferencias en los desenlaces analizados (p-valor < 0,001). Se observa que en el desenlace de alta, el resultado fue porcentualmente significativo en el grupo intervención. Entonces, de los casos que tuvieron alta del SAD (36), casi el 84% fueron en el grupo de intervención. Es importante destacar que la alta del SAD fue realizada por el equipo del servicio conforme avanzaba la investigación y las evaluaciones del paciente fueron positivas.

Tabla 2 - Número medio de intervenciones realizadas en el grupo intervención con las personas mayores y cuidadores. São Gonçalo, RJ, Brasil, 2020

Semana de llamada	Dominio 7 - Roles y Relacionamento Diagnóstico - Riesgo de Tensión del Rol del Cuidador				Dominio 11 - Seguridad/protección Diagnóstico - Riesgo de Contaminación				Dominio 1 - Promoción de la salud Diagnóstico - Riesgo de Síndrome del Anciano Frágil			
	Promedio	IC* de 95%		P-valor [§]	Promedio	IC* de 95%		P-valor [§]	Promedio	IC* de 95%		P-valor [§]
		Inferior [†]	Superior [‡]			Inferior [†]	Superior [‡]			Inferior [†]	Superior [‡]	
1	4,73	4,39	5,06	<0,001	8,97	8,67	9,27	<0,001	4,99	4,02	5,96	<0,001
2	2,07	1,82	2,32		3,19	2,67	3,72		0,26	0,1	0,42	
3	1,85	1,62	2,08		2,41	1,93	2,88		0,15	0,04	0,27	
4	1,68	1,45	1,91		2,02	1,62	2,42		0,14	0,02	0,26	
5	1,6	1,4	1,81		1,5	1,25	1,76		0,1	0	0,2	
6	1,5	1,32	1,68		1,57	1,25	1,89		0,13	0	0,25	
7	1,47	1,3	1,65		1,62	1,28	1,95		0,04	0	0,11	
8	1,45	1,29	1,61		1,58	1,23	1,94		0,07	0	0,16	
9	1,45	1,29	1,62		1,57	1,21	1,93		0,02	0	0,06	
10	1,48	1,3	1,66		1,73	1,34	2,13		0,01	0	0,03	
11	1,49	1,31	1,67		1,71	1,29	2,13		0,03	0	0,09	
12	1,56	1,34	1,78		1,83	1,38	2,27		0,03	0	0,09	
13	1,69	1,38	1,99		1,82	1,38	2,26		0,02	0	0,06	
14	1,63	1,36	1,89		1,81	1,34	2,27		0,02	0	0,07	

*IC = Intervalo de confianza; †Inferior = Estadística; ‡Superior = Estadística; §P-valor = Prueba Exacta de Fisher, significativa si p-valor < 0,05

Tabla 3 - Comparación entre desenlace del grupo control e intervención de personas mayores y cuidadores. São Gonçalo, RJ, Brasil, 2020

Desenlace	Grupo				Total		P-valor*
	Control		Intervención		n	%	
	n	%	n	%			
1 Continúo con el cuidado del SAD [†] después del término de las llamadas	67	44,4	84	55,6	151	100	<0,001
2 Alta del SAD [†] después de las llamadas o término de las llamadas	6	16,7	30	83,3	36	100	
3 Internación	11	64,7	6	35,3	17	100	
4 Fallecimiento	4	26,7	11	73,3	15	100	

*P-valor = Test Exacto de Fisher, significativa se p-valor < 0,05; †SAD = Servicio de Atención Domiciliaria

Para ponderar estos resultados de la mejor manera, se aplicó el uso de la Razón de Chances y los resultados se compararon entre el desenlace "alta" con los demás desenlaces. En este análisis, se observa que la probabilidad de resultado de alta en el grupo de intervención fue mayor en comparación con otros desenlaces en el grupo de control. Así, tener un resultado de "alta" tiene casi nueve veces más probabilidades de ocurrir en el grupo de intervención que en el grupo de control.

Discusión

Ante el momento de transición en la salud experimentado en el mundo debido a la pandemia de COVID-19, el consecuente cambio en los modos de vida del binomio persona mayor y sus cuidadores atendidos por el SAD ha proporcionado la posibilidad de utilizar los recursos tecnológicos mediados por la teleenfermería, en el apoyo a la continuidad del cuidado de las personas mayores y sus cuidadores asistidos por el servicio.

De forma inédita, el estudio se desarrolló en el auge de la pandemia de COVID-19, basado en la cientificidad de la combinación de la Teoría de la Transición^(12,19), del Sistema de Lenguaje Estandarizado NANDA I⁽¹⁴⁾ y NIC⁽¹⁵⁾ para la orientación documental del instrumento de llamada y también la reglamentación de la Resolución COFEN 696/2022⁽²²⁾. La combinación de la teoría de transición a través de los patrones de respuestas permitió fundamentar la recolección de datos de los indicadores del proceso de cuidado de la persona mayor y de sus cuidadores, los cuales son: sentirse conectados con los profesionales, interactuar aunque sea por teléfono, estar situados y desarrollar confianza y *coping*.

Las lenguas estandarizadas de las Taxonomías de NANDA I⁽¹⁴⁾ y NIC⁽¹⁵⁾ fueron cruciales en la identificación de los principales diagnósticos de Enfermería como: Síndrome del Anciano Frágil, Riesgo de Tensión del rol del cuidador y Riesgo de Contaminación. La Taxonomía de NIC consistió en las principales intervenciones mediante los respectivos diagnósticos.

Estudios internacionales en la década de 1990 ya señalaban que aproximadamente la mitad de todos los pacientes que van a los cuidados domiciliarios necesitan continuidad de cuidados de enfermería calificados. En dichos estudios, se destaca que, en el momento del alta hospitalaria, los pacientes aún están muy debilitados y no recuperados lo suficiente como para aprender los procedimientos necesarios de autocuidado⁽²³⁾.

Con esto, surge el ambiente de atención domiciliaria a través de la Tecnología *TeleHomeCare*; es decir, los estudios también preveían que esta tecnología ayudaría a proporcionar el nivel necesario de atención y servicios para ejercer los cuidados domiciliarios a las personas mayores y sus cuidadores por las enfermeras registradas en atención domiciliaria y competentes en *TeleHomeCare*. Ante esto, los estudios ya demostraban que las situaciones de calamidad pública, la creatividad y la búsqueda de estrategias de atención remota superan los desafíos impuestos por las medidas de distanciamiento y pasan a ocupar la agenda de los sistemas de salud en los diferentes contextos de cuidado⁽²³⁾.

Al considerar el estado de calamidad pública y la propuesta del estudio, fue posible unir el equipo de investigación y el equipo multiprofesional del SAD a través de entrenamientos, asociando el uso de la tecnología y poner en práctica la planificación de cuidados de enfermería contenida en las cinco etapas ininterrumpidas del Proceso de Enfermería sistematizado y compuesto en el instrumento de llamada. La teleenfermería permitió proporcionar una asistencia de apoyo y de continuidad innovadoras a las personas mayores y a sus cuidadores que estaban internados en el domicilio en ese momento

de aislamiento social y que no tenían acceso a los servicios específicos de salud.

Cabe resaltar que los profesionales de salud necesitaron ser capacitados para desarrollar habilidades/competencias innovadoras para garantizar la calidad, la seguridad y la eficiencia del cuidado mediante la tecnología. Esto que justifica la creación del instrumento de llamadas basado en la transición del cuidado presencial al remoto durante la pandemia de COVID-19⁽²⁴⁾.

Así como las demás reglamentaciones de acceso a los datos de la sociedad, la teleenfermería también debe ser previamente consentida por el paciente o por su representante legal, y su realización es responsabilidad del enfermero. El registro de la teleconsulta fue obligatorio y basado en el proceso de enfermería (consulta de enfermería, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación), para la organización y orientación del cuidado de las personas mayores y sus cuidadores. De este modo, en las llamadas, las personas mayores y sus cuidadores del SAD fueron abordados en cuanto a la recolección de datos basada en la combinación de la teoría de transición, los diagnósticos fueron extraídos de los dominios de NANDA-I⁽¹⁴⁾: roles y relaciones familiares, seguridad/protección y promoción de la salud.

En el Dominio I Promoción de la Salud, se extrajo el diagnóstico Riesgo de Síndrome del Anciano Frágil, ya que, a pesar de no haber una definición consensuada, la fragilidad puede entenderse como un síndrome multidimensional que implica la interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales. Esa interacción culmina en una mayor vulnerabilidad y está asociada a los riesgos de desenlaces clínicos como el declive funcional, caídas, desnutrición, hospitalización y muerte. Por lo tanto, un plan de cuidados de enfermería en cuanto a estos signos y síntomas fue esencial. Las intervenciones de NIC se relacionaron con el diagnóstico de enfermería en cuanto a la prevención de complicaciones agudas, a la orientación para la adopción de una alimentación equilibrada, cuidados personales y para mantenerse activo⁽²⁵⁾.

En el Dominio 7 Roles y Relaciones, la justificación también se dio mediante la mejor cobertura asistencial a la persona mayor y sus cuidadores durante la pandemia de COVID-19. En este dominio, se debió a la posible sobrecarga física y emocional del cuidador de la persona mayor. Las intervenciones de NIC se justificaron con el objetivo de minimizar los efectos perjudiciales de la tensión del rol del cuidador a través de las orientaciones de enfermería dispuestas en el instrumento de llamada. En el dominio 11 Seguridad y Protección, se destacó el Riesgo de Infección durante la pandemia de COVID-19. Las intervenciones también se guiaron de forma sistematizada mediante el instrumento de llamada.

Durante las llamadas, se identificó y confirmó que las personas mayores y sus cuidadores poseían enfermedades crónicas y eran acompañados por el SAD y la Red de Asistencia a la Salud del municipio sin ninguna regularidad. Estudios corroboran que con el agravamiento de la pandemia de COVID-19, el esfuerzo del cuidado, en general, aumentó significativamente y esto se reflejó en la salud física y mental de la población, en especial de las mujeres en que, casi una de cada dos, tiene comorbilidades crónicas que se agravaron durante la pandemia. Consecutivamente, los sentimientos de aislamiento, tristeza y ansiedad por parte de este binomio – personas mayores y sus cuidadores – también aumentaron⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Este dato coincide con el presente estudio, considerando el alto porcentaje de personas mayores que tenían cuidadoras del género femenino, siendo esa recurrencia mayor en comparación al género masculino, como se pudo ver en la Tabla 1. También se identificó el género femenino para cuidadoras que no recibían remuneración, lo cual coincide con estudios sobre el cuidado prestado a las personas mayores⁽²⁸⁾.

En las llamadas realizadas a la persona mayor y sus cuidadores, fue posible observar la necesidad de una mirada diferenciada del Estado, la sociedad y las familias en cuanto a la organización y planificación familiar. Estudios ya narran la importancia de incluir al cuidador no solo como ejecutor de las acciones planificadas, sino como sujeto principal en la promoción y calidad del cuidado, cuando la persona mayor pierde la capacidad de autocuidado.

La visibilidad del rol del cuidador fue relevante en el estudio ya que, a través de él, fue posible llevar asistencia de salud al Binomio persona mayor y cuidador. Políticas públicas de salud son necesarias para la cobertura del cuidado integral a la salud de la persona mayor y sus cuidadores, ya que el cuidador está en la “primera línea anónima” del cuidado a la persona mayor, no solo durante la pandemia de COVID-19, sino como requisito para la adhesión de la persona mayor al Servicio de Atención Domiciliaria⁽²⁹⁾.

La teleenfermería reveló un número significativo de intervenciones en la primera llamada y se mantuvo durante las primeras cuatro semanas debido al pánico que se instaló en los ciudadanos, las incertidumbres y los fallecimientos provocados por la pandemia. El estado pandémico no permitía las visitas presenciales del equipo del SAD y la asistencia a la salud de la población en general se vio perjudicada.

En este sentido, la teleenfermería como apoyo en las intervenciones de enfermería en la continuidad del cuidado a la persona mayor y sus cuidadores fue

innovadora y esencial para resolver las dudas de los pacientes y reducir el miedo a la interacción que, de acuerdo con las noticias transmitidas en los medios, era predictoras de fallecimientos. En este episodio, el equipo de llamadas pudo desarrollar sus acciones de enfermería con maestría y adquirir la confianza de la persona mayor y sus cuidadores asistidos por el SAD.

Después de las cuatro semanas, se pudo observar que la cantidad de llamadas disminuyó en el aspecto del diagnóstico del Riesgo de Síndrome del Anciano Frágil y se equiparó a las demás intervenciones de Riesgo de Contaminación y Riesgo de Tensión del Rol del Cuidador, resultando en un resultado positivo (p -valor < 0,001).

Las recomendaciones de seguridad para las personas mayores fueron mucho más allá de las que ya se realizaban diariamente por el cuidador. Fue necesario intensificar los cuidados y la atención para acciones preventivas vinculadas directamente al comportamiento y la higiene, ya que el momento era de mucha soledad y dudas respecto a la enfermedad^(19,22,30-31).

Otros resultados se asemejan a estudios nacionales e internacionales, sobre todo, en lo que respecta a la continuidad de las personas mayores y sus cuidadores en el SAD, recibir alta, ser internados o fallecer después de las llamadas o al término de las llamadas. Hubo un destaque de 83,3% para el grupo intervención, ya que en el auge de la COVID-19, las internaciones se destinaban a los casos de mayor gravedad como el síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, lo que culminó en el aumento de altas de los pacientes de toda la Red de Asistencia a la Salud y también en los adheridos al SAD⁽²⁶⁻²⁷⁾. Es importante resaltar que la alta de la persona mayor y sus cuidadores asistidos por el SAD, durante la investigación fue posible gracias a la información actualizada que el equipo de investigación transmitía al equipo multiprofesional del SAD, siendo que esta última también prestaba la continuidad del cuidado a través de la tecnología hasta la posible alta.

Dado los resultados significativos, fue notoria la importancia de los profesionales de salud en la minimización de los efectos causados por la calamidad pública de salud durante la pandemia de COVID-19, especialmente en relación con los trabajadores de enfermería, protagonistas en el control de la transmisión de esta enfermedad, tanto en la primera línea como en las intervenciones de apoyo a la continuidad del cuidado de la persona mayor y sus cuidadores por intermedio de la teleenfermería.

Por lo tanto, los resultados mostraron que la teleenfermería realizada por el enfermero como tecnología de apoyo en la transición del cuidado a las personas mayores y sus cuidadores durante la pandemia

de COVID-19 obtuvo un índice de confianza del 95% y significancia (p -valor $< 0,001$) en todos los dominios y diagnósticos estudiados (Roles y Relaciones – Riesgo de Tensión del Rol del Cuidador; Seguridad y Protección – Riesgo de Contaminación y Promoción de la Salud – Riesgo de Síndrome del Anciano Frágil). Se destaca la importancia de la teleenfermería en las intervenciones realizadas por el equipo de enfermeros, con resultados positivos en la promoción de la salud de la persona mayor y sus cuidadores.

En términos de información, la salvaguarda de las informaciones y de los registros obtenidos durante la teleenfermería es responsabilidad del profesional que la ejecutó y/o de la institución de salud vinculada. La práctica de la teleenfermería requiere adecuaciones de las partes involucradas – enfermero y paciente – que van más allá de la infraestructura y conectividad⁽²¹⁾. En este sentido, el enfermero dirige la información al equipo del SAD para certificar el fallecimiento.

El “hacer salud” es realizado por el equipo de enfermería o equipo multiprofesional en los más diversos contextos, de forma que cada categoría profesional posee su marco de saberes y prácticas que objetivan el diagnóstico, la prevención y la recuperación de enfermedades y agravios que afectan al individuo, la familia y la colectividad. Es importante saber que la teleenfermería debe ser desarrollada por un profesional de enfermería con competencia técnica y autonomía y que sepa distinguir una práctica avanzada de enfermería a la de una generalista⁽³²⁾.

El soporte de la teoría de las transiciones fue esencial para fundamentar los objetivos terapéuticos al apuntar los resultados de indicadores del proceso de cuidar: sentirse ligado, interactuar, estar situado y desarrollar confianza y *coping*. La maestría fue contemplada, pues, según la teoría, en la ocurrencia de la integración fluida entre el equipo de enfermeros en el apoyo al cuidado del binomio persona mayor y cuidadores, esenciales, ante situaciones de crisis como de la pandemia, el cuidado a la persona mayor se duplicó por ser el grupo más susceptible a las complicaciones de COVID-19. La comprobación de esto fue la reducción en el número de intervenciones después de las primeras semanas.

En cuanto a las limitaciones del estudio, puede decirse que en el auge de la pandemia el acceso a los datos de la persona mayor y sus cuidadores registrados en el SAD, se encontraban desactualizados lo que imposibilitó a la randomización del estudio. Estas limitaciones llevaron al equipo de investigación a auxiliar al equipo del SAD en la actualización de los registros de las personas mayores y de sus cuidadores adheridos al SAD, concomitantemente a la realización de

la investigación. La escasez de datos sobre la COVID-19 también fue una limitación.

En relación con las implicaciones para el avance del conocimiento científico para el área de la salud y enfermería, observaron que la teleenfermería puede ser responsable de implicaciones positivas y negativas cuando es desarrollada por personas no expertas como un *call center*. Los cuidados de enfermería por medio de la teleenfermería pueden ser realizados en toda la red pública y privada de asistencia a la salud de la persona mayor, sus cuidadores y demás ciudadanos que necesiten las intervenciones de enfermería. La tecnología de apoyo a los enfermeros demanda competencias técnicas y científicas necesarias para la toma de decisiones clínicas acertadas. Los instrumentos de llamada basados en evidencias científicas son útiles para direccionar la planificación del cuidado a la persona mayor y sus cuidadores durante la pandemia de COVID-19. Las llamadas deben estar claramente enfocadas en la enfermedad y en el papel del enfermero en cuanto al cuidado longitudinal del binomio persona mayor y sus cuidadores asistidos por el Sistema de Atención Domiciliaria u otros contextos de salud.

La teleenfermería, a pesar de existir en el mundo, solo durante la pandemia de COVID-19 fue reglamentada en Brasil por el Sistema Cofen/Corens de forma emergencial para el apoyo de los enfermeros en la toma de decisiones clínicas. Ante esto, es fundamental que se desarrollen nuevas investigaciones sobre la efectividad de la teleenfermería como apoyo en la continuidad del cuidado integral a la salud de la persona mayor y sus cuidadores. El SAD, por ser un equipo de asistencia multidisciplinaria, para todo el equipo de salud, posibilitaría un seguimiento a la salud de sus registrados con diversas posibilidades de intervenciones positivas de apoyo a la continuidad del cuidado longitudinal⁽³³⁻³⁴⁾.

Conclusión

Los resultados demostraron la relevancia del uso de la científicidad en cuanto a la combinación de la Teoría de Transición con la taxonomía de diagnóstico e intervenciones para la continuidad de la planificación de cuidados a la persona mayor y sus cuidadores asistidos por el SAD, a través de la teleenfermería, con una probabilidad de alta nueve veces mayor cuando se recibe el cuidado por teléfono. Los diagnósticos de enfermería evidenciados en este artículo como Riesgo de Tensión del Rol del Cuidador; Riesgo de Síndrome del Anciano Frágil y Riesgo de Contaminación, además de las intervenciones contenidas en el instrumento de llamada fueron eficientes y esenciales, pues permitieron atender al objetivo del estudio en el desarrollo de la teleenfermería como apoyo a

la continuidad del cuidado presencial a remoto a la persona mayor y sus cuidadores enfocados en la prevención y promoción a la salud en el contexto pandémico. Así, el apoyo por medio de la teleenfermería también permitió al equipo multiprofesional del SAD un análisis preciso en cuanto a la alta con seguridad de los pacientes adheridos al servicio, derivándolos a la red de Atención Primaria a la Salud para atenciones de baja complejidad.

Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). Coronavírus [Internet]. Brasília: MS; 2023 [cited 2023 Aug 28]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus>
2. Ministério de Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 05/2020 GVIMS/GGTES. Orientações para a prevenção e controle de infecções pelo novo Coronavírus (SARS-Cov-2) em instituições de longa permanência para idosos (ILPI) [Internet]. Brasília: MS; 2020 [cited 2020 Oct 28]. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-no-05-2020-gvims-ggtes-anvisa-orientacoes-para-a-prevencao-e-o-controle-de-infecoes-pelo-novo-coronavirus-em-instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos-ilpi.pdf/view>
3. Tavares DMS, Oliveira NGN, Marchiori GF, Guimarães MSF, Santana LPM. Elderly individuals living by themselves: knowledge and measures to prevent the novel coronavirus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020;28:e3383. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4675.3383>
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características gerais dos moradores 2020-2021/IBGE, coordenação de pesquisas por amostra de domicílios [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [cited 2023 Aug 31]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101957>
5. Shahid Z, Kalayanamitra R, McClafferty B, Kepko D, Ramgobin D, Patel R, et al. COVID-19 and older adults: what we know. *J Am Geriatr Soc*. 2020;85(5):926-9. <https://doi.org/10.1111/jgs.16472>
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico 07. Infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. Brasília: MS; 2020 [cited 2020 Mar 31]. Available from: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/04/Boletim-epidemiologicoSVS-04fev20.pdf>
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico especial 16 [Internet]. Brasília: MS; 2020 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202005/19113957-2020-05-18-bee16.pdf>
8. Santos JC, Nunes LB, Reis IA, Torres HC. The use of the WHATSAPP mobile application in health: integrative review. *Rev Min Enferm*. 2021;25:e-1356. <https://doi.org/105935/1415-2762-20210004>
9. Silva RS, Schmtiz CAA, Harzheim E, Molina-Bastos CG, Oliveira EB, Roman R, et al. The role of telehealth in the covid-19 pandemic: a Brazilian experience. *Cien Saude Colet*. 2021;26(6):2149-57. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39662020>
10. Oliveira SC, Costa DG, Cintra AM, Freitas MP, Jordão CN, Barros JF, et al. Telenursing in COVID-19 times and maternal health: WhatsApp® as a support tool. *Acta Paul Enferm*. 2021;34(eAPE02893):1-8. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02893>
11. Sousa VLP, Dourado FW Júnior, Anjos SJSB, Carvalho REFL, Oliveira SKP, Silva DCA. Conceptual analysis of telenursing: an integrative review. *Rev Rene*. 2022;23(e81384):1-13. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222381384>
12. Chick N, Meleis AI. Transitions: A nursing concern. In: Chinn PL, editor. *Nursing research methodology*. Boulder, CO: Aspen Publication; 1986. p. 237-57
13. Zagonel IPS. Transitionary human care in nursing trajectory. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 1999;7(3):25-32. <https://doi.org/10.1590/S0104-11691999000300005>
14. Herdman T, Heather SK. North American Nursing Association (NANDA-I) - Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I Internacional: definições e classificação (2018-2020). 11th ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
15. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Classificação das intervenções em enfermagem (NIC). 6th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [Internet]. Brasília: MS; 2016 [cited 2023 Nov 03]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
17. Lemeshow S, Hosmer DW Jr, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of Sample Size in Health Studies. Chichester: John Wiley & Sons; 1990.
18. Miot HA. Sample size in clinical and experimental trials. *J Vasc Bras*. 2011;10(4):275-8. <https://doi.org/10.1590/S1677-54492011000400001>
19. Meleis AI, Trangenstein PA. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nurs Outlook*. 1994;42(6):255-9. [https://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
20. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de manejo clínico da COVID-19 na atenção especializada [Internet]. Brasília: MS; 2020 [cited 2022 June 15]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf

21. Rodrigues MA, Santana RF, Hercules ABS, Bela JC, Rodrigues JN. Telenursing in the home care service in COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Online Braz J Nurs*. 2021;(Supl 1):p.e20216462. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20216462>
22. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 696/2022 – alterada pelas Resoluções COFEN nºs 707/2022 e 713/2023. Dispõe sobre a atuação da Enfermagem na Saúde Digital, normatizando a Telenfermagem [Internet]. Brasília: COFEN; 2022 [cited 2023 Nov 03]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-696-2022_99117.html
23. Liang HY, Lin LH, Chang CY, Wu FM, Yu S. Effectiveness of a Nurse-Led Tele-Homecare Program for Patients With Multiple Chronic Illnesses and a High Risk for Readmission: A Randomized Controlled Trial. *J Nurs Scholarsh*. 2021;53(2):161-70. <https://doi.org/10.1111/jnu.12622>
24. Vargas D, Ramirez EGL, Pereira CF, Oliveira SR. Telenursing in mental health: effect on anxiety symptoms and alcohol consumption during the COVID-19 pandemic. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2023;31:e3933. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6172.3933>
25. Souza VMAF, Lins SMSB, Bezerra PCL, Santana RF, Prado PR, Cardoso RB. Nursing diagnosis Frail Elderly Syndrome: Literature review. *SciELO Preprints* [Preprint]. 2022 [cited 2024 Mar 20]. Available from: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4432>
26. Santos PSA, Mateus SRM, Silva MFO, Figueiredo PTS, Campolino RG. Epidemiological profile of mortality of patients hospitalized for COVID-19 in the intensive care unit of a university hospital. *Braz J Dev*. 2021;7(5):45981-92. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n5-155>
27. Alemanno F, Houdayer E, Parma A, Spina A, Del Forno A, Scatolini A, et al. COVID-19 cognitive deficits after respiratory assistance in the subacute phase: A COVID-rehabilitation unit experience. *PLoS One*. 2021;16(2):e0246590. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246590>
28. Noronha JC, Castro L, Gadelha P, organizators. Doenças crônicas e longevidade: desafios para o futuro [Internet]. Rio de Janeiro: Edições Livres; 2023 [cited 2023 Nov 03]. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/57831/Doen%3%a7as%20cr%3%b4nicas%20e%20longevidade%20desafios%20para%20o%20futuro.pdf>
29. Batello GVVAT, Guimarães MSA, Pereira IAC, Bandeira M, Nunes DP. Cuidadores de idosos em situação de pandemia: reflexões sobre o cuidar e ser cuidado. 2nd ed. Brasília: Editora ABEEn; 2020. p. 20-4. <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c03>
30. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Messias DKH, Schumacher D. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*. 2000;23(1):12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
31. Meleis AI. *Theoretical nursing: development e progress*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
32. Lopes OCA, Henrique SH, Soares MI, Celestino LC, Leal LA. Competences of nurses in the family health Strategy. *Esc Anna Nery*. 2020;24(2):e20190145. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0145>
33. Nunes SFL, Alvarez AM, Valcarenghi RV. Parkinson's disease in primary health care and nursing care: a scoping review. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20210367. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0367>
34. Oliveira AEG, Cury VE. Patients experience assisted by a home care service (HCS). *Psicol Estud*. 2020;25(e44108):1-15. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.44108>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Maria Auxiliadora Rodrigues, Rosimere Ferreira Santana, Ana Beatriz Serra Hercules, Patricia de Fátima Augusto Barros. **Obtención de datos:** Maria Auxiliadora Rodrigues, Ana Beatriz Serra Hercules. **Análisis e interpretación de los datos:** Maria Auxiliadora Rodrigues, Rosimere Ferreira Santana, Patricia de Fátima Augusto Barros, Clelia Barboza Lima. **Análisis estadístico:** Rosimere Ferreira Santana, Clelia Barboza Lima. **Redacción del manuscrito:** Maria Auxiliadora Rodrigues, Ana Beatriz Serra Hercules, Patricia de Fátima Augusto Barros, Clelia Barboza Lima. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Rosimere Ferreira Santana, Ana Beatriz Serra Hercules, Patricia de Fátima Augusto Barros, Clelia Barboza Lima.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 03.11.2023

Aceptado: 21.05.2024

Editora Asociada:

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Copyright © 2024 Revista Latino-Americana de Enfermagem


Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Maria Auxiliadora Rodrigues

E-mail: enfmodo@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2742-2938>