



FACULTADE DE MEDICINA
E ODONTOLOXÍA

Traballo de
fin de grao

Título en galego: Evaluación da satisfacción dos pacientes coa asistencia telemática durante a pandemia da COVID-19

Título en castelán Evaluación de la satisfacción de los pacientes con la asistencia telemática durante la pandemia del COVID-19

Título en inglés Assessment of patient satisfaction with telematics assistance during the COVID-19 pandemic

Autor: Rafael Campelo Ucha

Titor: Agustín Montes Martínez

Cotitor: Modesto Martínez Pillado

Departamento: Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y medicina

Junio 2021

Traballo de Fin de Grao presentado na Facultade de Medicina e Odontoloxía da Universidade de Santiago de Compostela para a obtención do Grao en Medicina

ÍNDICE

Abreviaturas.....	4
Resumen	5
1. INTRODUCCIÓN.....	8
La atención sanitaria no presencial.....	10
2. JUSTIFICACIÓN.....	11
La experiencia del paciente: PROMs y PREM.....	11
3. OBJETIVOS.....	13
4. MATERIAL Y MÉTODOS	14
5. RESULTADOS	15
6. DISCUSIÓN.....	21
Evaluación coste-efectivo de la atención sanitaria a distancia.....	23
Evaluación de la satisfacción de los profesionales con la atención sanitaria no presencial.....	23
Instrumento de evaluación de la satisfacción de los pacientes con la TC.....	24
Limitaciones y fortalezas.....	25
Implementación de la atención sanitaria no presencial	25
8. ANEXOS.....	28
9. BIBLIOGRAFÍA.....	30

El **Dr. Agustín Montes Martínez**, profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela, como tutor y el **Dr. Modesto Martínez Pillado**, profesor de la Universidad de Vigo, como cotutor del Trabajo Fin de Grado curso 2020-2021

CERTIFICAN:

Que el trabajo titulado:

Evaluación da satisfacción dos pacientes coa atención sanitaria non presencial durante a pandemia da COVID-19

Ha sido realizado por **Rafael Campelo Ucha** bajo nuestra dirección, cumple todos los requisitos éticos y de no plagio. Asimismo, reúne méritos suficientes para su presentación como Trabajo Fin de Grado en el curso 2020-2021.

Y para que conste, firmamos la presente
En Santiago de Compostela a 4 de junio de 2021

Rafel Campelo Ucha

e-mail: rcu003@gmail.com
Tfno: 608375060

Tutor y Cotutor

AGUSTIN MONTES MARTÍNEZ
amontes@usc.edu
MODESTO MARTINEZ PILLADO
e-mail: modesto.martinez.pillado@sergas.es
Tfno: 649962050

*Se cumplen requerimientos éticos y de protección de datos.
No se declaran conflicto de intereses.*

Agradecimientos:

Agradezco al Dr. Montes por su generosidad, para aceptar una propuesta de investigación diferente a lo habitual, a Modesto Martínez Pillado por el constante apoyo.
A mi familia, Tino, Lola y Ana, y a mi amigo Joel, por estar siempre ahí.

Abreviaturas

OMS: *Organización Mundial de la Salud*

ESPII: *Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional*

UCI: *Unidad de Cuidados Intensivos*

SARS: *Síndrome Respiratorio Agudo Grave*

MERS: *Síndrome Respiratorio de Oriente Medio*

TICs: *Tecnologías de la Información y Comunicación*

SMS: *Short Message Service*

PROMs: *Patient Reported Outcome Measures*

PREMs: *Patient-Reported Experience Measures*

NPRS: *Numeric pain rating scale*

CAHPS: *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*

MESH: *Medical Subject Headings*

SD: *Desviación estándar*

IC: *Intervalo de Confianza*

TC: *Teleconsulta*

AP: *Atención primaria*

EII: *Enfermedad inflamatoria Intestinal*

DM: *Diabetes Mellitus*

HTA: *Hipertensión Arterial*

SCTA: *Sistemas de Comunicación telefónica*

OR: *Odds Ratio*

Resumen

Introducción: La Pandemia del COVID-19 ha supuesto un desafío mundial para administraciones y sanitarios. Para afrontar esta pandemia se han tomado medidas de distanciamiento social y confinamiento, además de concentrar los esfuerzos hospitalarios ampliando las unidades de cuidados intensivos y hospitalización, limitándose la actividad quirúrgica a las urgentes y no demorables. Se ha precipitado el uso de la atención sanitaria no presencial a través de distintas herramientas. En este despliegue, es recomendable conocer las dimensiones de la calidad de la atención. De ahí, que una revisión de la satisfacción de los pacientes con la atención recibida, podría ser de ayuda para una implantación futura a partir de los resultados obtenidos.

Objetivos:

General

Analizar los resultados de las encuestas sobre satisfacción de los pacientes ante la atención sanitaria a distancia en la pandemia COVID 19

Específicos

- Describir los factores relacionados con la satisfacción del paciente en la atención sanitaria a distancia durante el período de la pandemia por COVID 19
- Valorar la satisfacción percibida por el usuario según la especialidad, proceso y lugar de realización
- Identificar las métricas utilizadas en las encuestas para la evaluación de la satisfacción de los pacientes en la atención sanitaria a distancia durante la pandemia COVID 19
- Identificar barreras de su implantación, así como lecciones aprendidas que puedan ser de aplicabilidad en la atención sanitaria

Material y métodos: Se trata de una revisión bibliográfica realizada en los portales y bases de datos Pubmed, Dialnet y Medes utilizando el descriptor MESH [teleconsultation, satisfaction] y su traducción.

Resultados: Los encuestados se muestran satisfechos con las consultas telefónicas, con el trato, la resolución de dudas y el tiempo de llamada. Se ha valorado muy positivamente no tener que acudir al hospital durante la pandemia, evitando así salas de espera y contagios, además de otros beneficios como ahorro de costes y desplazamientos. También se ha encontrado un ahorro de costes directos e indirectos para los pacientes.

Conclusiones: El uso de la telemedicina ha mostrado una gran aceptación por parte de pacientes y profesionales de la salud, ha contribuido a mantener la atención sanitaria durante la pandemia manteniendo muy buenos resultados. Ha habido un beneficio en términos de eficiencia tanto a nivel de coste económico como de ahorro de tiempo. Deben realizarse más estudios para encontrar los perfiles que se benefician en mayor medida de la telesalud, y, además, debe haber una inversión en estas nuevas tecnologías para poder realizar una atención óptima y actual al paciente.

Palabras clave: Telemedicina, Satisfacción, COVID-19.

Abstract

Introduction: The COVID-19 Pandemic has been a global challenge for administrations and health. To face this pandemic, social distancing and confinement measures have been taken, in addition to concentrating hospital efforts by expanding intensive care and hospitalization units, limiting surgical activity to urgent and non-delayed ones. The use of non-face health care has been precipitated through different tools. In this deployment, it is advisable to know the dimensions of the quality of care. Hence, a review of patient satisfaction with the care received could be helpful for future implementation based on the results obtained.

Objective:

General

Analyze surveys' results on patient satisfaction with remote healthcare in the COVID 19 pandemic

Specific

- Describe the factors related to patient satisfaction in remote healthcare during the period of the COVID 19 pandemic
- Assess the satisfaction perceived by the user according to the specialty, process and place of realization
- Identify the metrics used in surveys to evaluate patient satisfaction in remote healthcare during the COVID 19 pandemic
- Identify barriers to its implementation, as well as lessons learned that may be applicable in health care

Material y methods: This is a bibliographic review carried out in the Pubmed, Dialnet and Medes portals and databases using the MESH descriptor [teleconsultation, satisfaction] and its translation.

Results: Respondents are satisfied with the telephone consultations, with the treatment, the resolution of doubts and the call time. Not having to go to the hospital during the pandemic has been highly valued, thus avoiding waiting rooms and infections, in addition to other benefits such as cost savings and travel. Direct and indirect cost savings have also been found for patients.

Conclusion: The use of telemedicine has shown great acceptance by patients and health professionals, it has contributed to maintaining health care during the pandemic, maintaining very good results. There has been a benefit in terms of efficiency both in terms of economic cost and time savings. More studies must be carried out to find the profiles that benefit the most from telehealth, and, in addition, there must be an investment in these new technologies in order to provide optimal and current patient care.

Keywords: Telemedicine, Satisfaction, COVID-19.

Resumo

Introdución: A Pandemia do COVID-19, supuxo un desafío mundial para administracións e sanitarios. Para facer fronte a esta pandemia tomáronse medidas de distanciamento social e confinamento, ademais de concentrar os esforzos hospitalarios ampliando as unidades de coidados intensivos y hospitalización, limitándose a actividade cirúrxica ás urxentes e non demorables. Precipitouse o uso da atención sanitaria non presencial a través de distintas ferramentas. Neste despregamento, é recomendable coñecer as dimensións da calidade da atención. De alí, que unha revisión da satisfacción dos pacientes coa atención recibida, poida ser de axuda para unha implantación futura a partir dos resultados obtidos.

Objetivos:

Xeral

Analizar os resultados das enquisas sobre satisfacción dos pacientes ante a atención sanitaria a distancia na pandemia COVID 19

Específicos

- Describir os factores relacionados coa satisfacción do paciente na atención sanitaria a distancia durante o período da pandemia por COVID 19
- Valorar a satisfacción percibida polos usuarios segundo a especialidade, proceso e lugar de realización
- Identificar as métricas utilizadas nas enquisas para a avaliación da satisfacción dos pacientes na atención sanitaria a distancia durante a pandemia COVID 19
- Identificar as barreiras da súa implantación, así como leccións aprendidas que poidan ser de aplicabilidade na atención sanitaria

Material y métodos: Trátase dunha revisión bibliográfica realizada nos portáis e bases de datos Pubmed, Dialnet e Medes usando o descriptor MESH [teleconsulta, satisfacción] e a súa tradución.

Resultados: Os encostados móstranse satisfeitos coas consultas telefónicas, co trato, coa resolución de dúbidas e co tempo de chamada. Valorouse moi positivamente non ter que acudir ao hospital durante a pandemia, evitando así salas de espera e contaxios, ademais de outros beneficios como aforro de costes e desplazamentos. Tamén encontrouse un aforro de costes directos e indirectos para o paciente.

Conclusiones: O uso da telemedicina mostrou unha gran aceptación por parte de pacientes e profesionais da saúde, contribuíu a manter a atención sanitaria durante a pandemia mantendo moi bos resultados. Houbo un beneficio en termos de eficiencia tanto a nivel de coste económico como de aforro de tempo. Deben realizarse máis estudos para encontrar os perfís que se benefician en maior medida da tele saúde, e, ademais, debe haber unha inversión nestas novas tecnoloxías para poder realizar unha atención óptima e actual ao paciente.

Palabras clave: Telemedicina, Satisfacción, COVID-19.

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas hemos afrontado varias epidemias, como el SARS-COV (Síndrome Respiratorio Agudo Severo) de 2002 a 2004 o el MERS-COV (Síndrome Respiratorio de Oriente Medio) desde el 2012 ambos de la familia coronavirus como el actual SARS-COV-2 pero con incidencias menores.^{1,2} Así como también el virus del Ébola, conocido desde 1976, causó una importante epidemia entre 2014 y 2016 en África Occidental.³

El 31 de diciembre de 2019 en Wuhan, provincia de Hubei, se reportan una serie de casos de neumonía de etiología vírica que, el 9 de enero, determinan que es provocado por un nuevo coronavirus. La OMS declaró el 30 de enero de 2020 la emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) y, posteriormente el 11 de marzo de 2020 a raíz de una propagación exponencial y severa, la COVID-19 pasa a considerarse una pandemia.⁴

La aparición de los primeros casos en Wuhan, China, se asocian a una transmisión desde los animales al ser humano. La transmisión entre personas se produce cuando las secreciones como las gotas o aerosoles expulsados al hablar, respirar, toser... por personas infectadas entran en contacto, directa o indirectamente a través de superficies, con sujetos susceptibles.⁵

Tenemos que remontarnos más atrás en la historia para encontrarnos con una pandemia de un impacto comparable al de la actual, y es que, en 1918, y coincidiendo con el final de la Primera Guerra Mundial, la conocida como Gripe Española comenzó a extenderse infectando en 18 meses un tercio de la población mundial; y que, en la actualidad, se estima que podría haber causado varias decenas de millones de muertes.⁶ A mediados de febrero de 2021 se han contabilizado en el mundo más de 2,4 millones de fallecidos por el SARS-COV-2.

En España el primer caso se confirma el 31 de enero y desde entonces comienza a aumentar la incidencia de casos de COVID-19 decretándose el Estado de alarma el día 15 de marzo de 2020 que duraría hasta el 21 de junio de 2020. En este período se tomaron medidas para disminuir la incidencia de casos, y finalizó en un proceso conocido como desescalada: una estrategia dividida en cuatro fases (0, 1, 2 y 3) según las cuales se levantaban las medidas restrictivas por territorios en función de las cifras de incidencia de casos.⁷

Ante la pandemia, los servicios sanitarios se han visto en una prueba de estrés, que les ha obligado al despliegue de una atención no presencial con los pacientes. Esa prueba de estrés al que se han visto sometidos los Servicios de Salud han propiciado el uso de los nuevos medios de comunicación en la práctica clínica de forma abrupta puede suponer un antes y un después. Debido a las características y las cifras epidemiológicas del COVID-19 se han venido tomando medidas para tratar de reducir la transmisión de la enfermedad. El distanciamiento social, el uso de mascarillas, la higiene de manos, el uso del gel hidroalcohólico en los establecimientos.

Siguiendo las recomendaciones de la OMS, el Ministerio de Salud y los organismos autonómicos de Salud, se ha desarrollado un Plan de contingencia⁸ para afrontar la pandemia por el nuevo Coronavirus, adoptando medidas para minimizar el riesgo de contagio de los pacientes y el de los profesionales, entre las que se encuentran la sustitución de las consultas presenciales por consultas telefónicas.

A nivel hospitalario la estrategia para atender este incremento de nivel de exigencia, ha consistido en aumentar la capacidad de las unidades de cuidados intensivos y de hospitalización dedicadas a pacientes COVID-19, así como limitar la actividad quirúrgica a patologías urgentes y no demorables. En Atención Primaria, la respuesta inicial fue una atención exclusiva a distancia, que se fue modificado a lo largo de la evolución de la pandemia.

La atención ambulatoria y las consultas externas de presencia física fueron sustituidas por una atención no presencial.⁹⁻¹¹ Incluso en países donde la telemedicina estaba en etapas tempranas, como Colombia y muchos países de Latinoamérica (menos de 1 %), tras el inicio de la pandemia, aumentó más rápido de lo esperado.¹²

Diversas sociedades señalaron sus propias recomendaciones para esa atención no presencial, generalmente telefónica, que había llegado de súbito para dar continuidad a las consultas externas. Entre ellas destacan la Sociedad Española de Medicina Preventiva¹³, Asociación Española de Cirujanos¹⁴, en España como en otros países, American College of Surgeons¹⁵ o National Health Service.¹⁶

En una primera fase se anularon todas las consultas demorables, manteniendo sólo las urgentes y las que no era posible diferir, facilitando la asistencia a los pacientes diagnosticados o sospechosos de COVID-19. Los profesionales sanitarios con actividad suspendida, fueron reubicados y adaptaron sus funciones para dar apoyo al plan. Una vez asegurada la atención a los pacientes COVID-19 y a los de gravedad, se reactivaron las consultas programadas. Los jefes de servicio de las diferentes especialidades sustituyeron las citas presenciales ya programadas, en el mismo orden en el que se había citado a los pacientes, por consultas telefónicas; y los propios médicos, tras realizar la consulta, decidieron si había sido suficiente o si debían volver a citar al paciente de manera presencial para completar el diagnóstico o tratamiento. También se realizaron consultas de Enfermería, aunque menos.

La atención sanitaria no presencial

La teleconsulta, o consulta remota, es la interacción entre médico y paciente con el fin de proporcionar asesoramiento diagnóstico o terapéutico a través de medios electrónicos; que permite la evaluación, monitorización y seguimiento de pacientes que no requieren una evaluación cara a cara, protegiéndoles del contagio.¹⁷

Las herramientas que se incluyen en la atención sanitaria no presencial pueden ser tanto medios sincrónicos o asincrónicos de comunicación como el servicio de mensajes cortos (SMS), mensajería instantánea, correo electrónico o aplicaciones como Skype. Sin embargo, la reorganización de las nuevas vías de atención y la capacitación para el uso de los mismos por parte del personal puede suponer un aumento de coste.¹⁸ Puede suponer, además, un desafío para personas mayores, discapacidades físicas o de aprendizaje y entornos socioeconómicos desfavorecidos.

La teleasistencia se vincula a la prestación de un servicio de intervención psicosocial que permite emitir una señal de alerta desde cualquier sitio y en cualquier momento a una central coordinadora del mismo, mediante la utilización de tecnologías de información y comunicación; es, por lo tanto, alternativa innovadora de vital importancia en la atención y cuidado de personas mayores que permanecen solas o con pérdida funcional que limita su independencia y autonomía en la realización de las actividades de la vida diaria, que les permitirá tener pleno acceso a los servicios requeridos desde su propio domicilio con seguridad y tranquilidad, mejorando su calidad de vida.¹⁹

Gracias al desarrollo de las nuevas tecnologías, estas herramientas se pueden implementar en la práctica clínica con la finalidad de colaborar con la prevención primaria o la detección temprana de nuevas enfermedades crónicas, así como el seguimiento de las mismas o incluso para soporte del paciente y sus cuidadores. En un futuro, el número de personas con necesidad de cuidados crónicos se va a incrementar, y con ello los costes. El uso de la atención no sanitaria puede ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir los costes de estas enfermedades crónicas.²⁰

La atención sanitaria no presencial puede ayudar a los pacientes a sentirse apoyados y tranquilos, pero esto conlleva una responsabilidad en la recopilación e intercambio de información. Las videoconferencias pueden aportar en algunos casos cierta información que no se puede obtener en una llamada telefónica. Es importante también resaltar que el paciente debería tener acceso telefónico para aclarar inquietudes o dudas.

2. JUSTIFICACIÓN

La experiencia del paciente: PROMs y PREMs

La transición epidemiológica primero y la revolución digital después han supuesto un enorme impulso a la medición de resultados y experiencias reportados por los pacientes (PROM y PREM, Patient Reported Outcomes & Experiences Measures en la bibliografía anglosajona). Aunque la evaluación del estado de salud desde la perspectiva de los pacientes tiene más de 50 años de historia, el término PRO (Resultados reportados por los pacientes) ha sido acuñado recientemente para evitar la confusión entre términos relacionados y muchas veces utilizados como sinónimos: calidad de vida, calidad de vida relacionada con la salud, salud percibida o capacidad funcional entre otros. La introducción de los PROM que primero se produjo en investigación, poco a poco se ha ido extendiendo a otras aplicaciones como el uso rutinario en clínica y el análisis de la calidad de los servicios. Actualmente existen numerosas iniciativas que están promoviendo nuevas aplicaciones de los PROM.²¹

PATIENT REPORTED OUTCOMES. El seguimiento pormenorizado del tratamiento, la detección de nuevos síntomas o dolencias la evaluación de la calidad del cuidado recibido más allá de lo estrictamente terapéutico o la instrucción de una calidad de vida adaptada a las circunstancias particulares del paciente son argumentos de suficiente relevancia e impacto como para, cuanto menos, detenernos en ello y analizar la viabilidad de su incorporación a la rutina médica. Los PRO están modulados por factores ambientales y personales. (poco sabido, menos utilizado)

Otros conceptos reportados por los pacientes, como los PREMs, que miden aspectos relevantes de la calidad percibida de los procesos de atención sanitaria y complementan el valor de los PROMs. La introducción inicial de los PROs se ha ido extendiendo. Actualmente existen numerosas iniciativas que están promoviendo aplicaciones de los PROs. en el uso rutinario en clínica y el análisis de la calidad de los servicios.

Los PREMs típicamente recogen la experiencia sobre la atención, los tratamientos y el soporte recibido, aspectos todos ellos relevantes para la mejora de la calidad de los servicios. Sus puntuaciones son en buena parte independientes de la salud percibida. Mirar por los ojos de los pacientes nos ayuda a tener en cuenta los PREM. Por tanto, tener en cuenta las necesidades y expectativas de los pacientes para interpretar, con otros ojos, la calidad asistencial.

Aunque el desarrollo de instrumentos de medida homogéneas es actualmente más limitado que el de los PROM, los PREM representan otro elemento imprescindible en la medicina y la investigación centrada en los pacientes. En una nueva parametrización se señalan dos grupos de indicadores. Aquellos relacionados (PROM) con la percepción del paciente sobre su salud. (ansiedad, síntoma, distrés o necesidades no identificadas.), a partir de cuestionarios para el dolor (NPRS), de calidad de vida (EQ-5D, AQL, SF-36c), distrés, depresión (K10, PHQ-2), ansiedad (GAD7).

Con la perspectiva PREM, se tendría en cuenta la visión del paciente, sobre accesibilidad, facilidades para la solicitud de cuidados, el autoconocimiento del plan de cuidados y rutas asistenciales, la calidad de la comunicación, los cuidados sociosanitarios en la cronicidad y la reputación que otorga al servicio. Identifica la experiencia del paciente, con indicadores para la evaluación CAHPS, o nuevas herramientas como cuestionario SINGER, Picker, o la Federación Internacional de Atención Integrada.

Cada una de las dos orientaciones PROMs y PREMs, tiene una visión a corto y largo plazo. En el corto, una visión PROM, debe recibir información inmediata de los cuidados inmediatos y con una visión a largo, de los resultados clínicos; mientras que PREM debe recibir retroalimentación sobre la situación actual de la integración del cuidado, así como información sobre el sistema de cuidados integrado.

Es posible que el entorno no invite a evaluar resultado, entendiendo resultado como cambio en el estado de salud previo (supervivencia, mejora en la sintomatología y o la calidad de vida ajustados por calidad, la adherencia al tratamiento como un área de mejora).

Para mejorar la experiencia del paciente hay que tener un pensamiento crítico y eliminar de la atención y práctica clínica aquello que no aporta valor a los pacientes, buscando siempre optimizar el beneficio al paciente. El movimiento RightCare consiste en una atención sanitaria que aporta más beneficios que efectos no deseados o tratamiento innecesario. Esto también incluye evitar derroches en investigaciones sin rigor metodológico, y una gestión eficiente.

La actual pandemia del COVID-19 ha propiciado un cambio en la atención al paciente caracterizado por la introducción de las TICs en la práctica clínica, con la consiguiente atención a distancia.

La evaluación de la satisfacción del paciente, es una parte de la evaluación de la experiencia del paciente. Esa avalancha de atención no presencial, es un activo que debemos tener presente, no solo por lo obvio (identificar mejoras), sino que la satisfacción de los pacientes con la atención no presencial, nos permite hacer un análisis de las posibles áreas de mejora.

3. OBJETIVOS

General:

Analizar los resultados de las encuestas sobre satisfacción de los pacientes ante la atención sanitaria a distancia en la pandemia COVID 19

Específicos:

- Describir los factores relacionados con la satisfacción del paciente en la atención sanitaria a distancia durante el período de la pandemia por COVID 19
- Valorar la satisfacción percibida por el usuario según la especialidad, proceso y lugar de realización
- Identificar las métricas utilizadas en las encuestas para la evaluación de la satisfacción de los pacientes en la atención sanitaria a distancia durante la pandemia COVID 19
- Identificar barreras de su implantación, así como lecciones aprendidas que puedan ser de aplicabilidad en la atención sanitaria

4. MATERIAL Y MÉTODOS

IDENTIFICACIÓN DE ARTÍCULOS POTENCIALES

La revisión realizada es de tipo narrativo. Para elaborarla se consultaron las bases de datos PubMed y Medes con una estrategia de búsqueda diseñada para obtener resultados relacionados con la satisfacción de los pacientes con la asistencia telemática no presencial durante la pandemia del COVID-19. Se utilizó el descriptor MESH [teleconsultation, satisfaction] y su correspondiente denominación en castellano para realizar la búsqueda en Pubmed y Medes. Se seleccionaron 6 documentos que abordaban en sus contenidos los métodos de síntesis del conocimiento científico, se completó la búsqueda incluyendo un artículo de Dialnet y otro de Som360.org que se adaptaban a los criterios de búsqueda.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Aquellos estudios en los que se evalúa la satisfacción del paciente con la atención recibida mediante telemedicina durante la pandemia por COVID 19 en España.
- Estudios sobre patología aguda y crónica sobre la aplicación de la telemedicina durante la pandemia por COVID 19 en España.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudios en los que no se evalúa la satisfacción del paciente durante la pandemia por COVID 19
- Estudios con evaluación de la atención sanitaria presencial durante la pandemia por COVID 19
- Estudios en los que se evalúe la satisfacción con la atención no presencial realizados en otros países durante el COVID 19

5. RESULTADOS

Tabla 1. Estudios que evalúan la satisfacción de la atención sanitaria no presencial en el periodo citado de pandemia

Estudio	Autor	Especialidad/ Proceso/Otros	Tipo de Estudio	Año publica ción	Periodo realización	Centro	Lugar	Núm. Pacien- tes	Herramienta	Resultados	Observaciones
ATENCIÓN PRIMARIA											
Satisfacción de los pacientes con la asistencia recibida durante pandemia de covid-19	Sal Redondo, Cristina et al.	Atención Primaria	Estudio observacional descriptivo transversal	2020	Abril, mayo y junio	Múltiples	España	1220	Cuestionario	Satisfacción 5 sobre 10 en pacientes con COVID 68%, y sin COVID 84%.	Se valoran pacientes con y sin COVID-19, y, también, con y sin enfermedades crónicas. Además de la satisfacción, contiene una pregunta abierta sobre posibilidades de mejora del sistema de AP.
ESPECIALIDADES Y PATOLOGÍAS CLÍNICAS											
Satisfacción con la teleasistencia en tiempos de COVID-19 por parte de las personas usuarias	Chavarría Romero et al.	Psiquiatría	Estudio Observacional descriptivo	2020	Abril y mayo de 2020	Parc Sanitari Sant Joan de Déu	Cataluña	364	Encuesta	La satisfacción con la asistencia telemática recibida obtuvo una media de 9,24 sobre 10, y se valoró mayoritariamente como igual a la presencial.	Incorporar la asistencia telemática al modelo asistencial en algunas situaciones puede ayudar a optimizar recursos y a mejorar la asistencia sanitaria.
Innovación en la atención de la EII durante la pandemia de COVID-19: resultados de una encuesta transversal sobre las medidas de experiencia informadas por los pacientes	Taxonera et al.	Enfermedad Inflamatoria Intestinal	Estudio transversal unicéntrico	2021	Marzo y abril de 2020	Hospital Clínico San Carlos	Madrid	171	Cuestionario de 4 ítems a pacientes en tratamiento ambulatorio	Alta satisfacción No se encontraron diferencias con la satisfacción de los pacientes presenciales.	En este período de pandemia hubo una reducción del 50% de ingresos por EII y de un 58% en la asistencia a urgencias.

Tabla 1. Estudios que evalúan la satisfacción de la atención sanitaria no presencial en el periodo citado de pandemia

Estudio	Autor	Especialidad/Proceso/Otros	Tipo de Estudio	Año publicación	Período realización	Centro	Lugar	Núm. Pacientes	Herramienta	Resultados	Observaciones
TeleReumatología durante la pandemia de COVID-19	Tornero-Molina et al.	Reumatología	Estudio observacional	2020	Entre marzo y mayo de 2020	Hospital Universitario general de Guadalajara	España	469	Encuesta	Satisfacción te (8,62) Más del 80% repetirían la TC y el 79,3% la consideran de utilidad.	En este estudio se valora también la distancia al centro hospitalario, la duración de la TC. Se correlaciona la satisfacción de la TC con el nivel de estudios del paciente.
ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS											
Estudio piloto EVIDE-19: Tele dermatología directa al paciente durante el COVID-19	Sendagorta et al.	Dermatología	Estudio descriptivo prospectivo	2020	Marzo y mayo de 2020	Hospital U. De La Paz y centros de especialidades periféricos	Distrito sanitario de Madrid	374	Cuestionario	Satisfacción del paciente es 4,5/5. 85% evita la consulta presencial 87,1% se emite un diagnóstico -77,5% confianza en el diagnóstico.	La calidad de la imagen enviada por el paciente era suficiente en un 52,1%. Muy importante la integración de la imagen digital en los sistemas de información para la eficiencia de la tele dermatología.
Evaluación del sistema de teleconsulta en el paciente urológico durante la pandemia del COVID-19	Leibar Tamayo et al	Urología	Estudio observacional prospectivo	2020	Marzo y abril 2020	Hospital de tercer nivel de Madrid	Madrid	200	Encuesta telefónica de 11 preguntas	Satisfacción 9 (IC 8-10)	Este estudio abre las puertas a un sistema de atención telemático opcional en un futuro.
OTROS ESTUDIOS NO VINCULADOS A PROCESOS O ESPECIALIDADES											
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN LA TELECONSULTA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19	Victoria Ruiz et al	Varias Especialidades	Muestreo ocasional	2021	Abril 2020	Hospital Aljarafe	España	267	Encuesta telefónica no validada	335 (95.44%; 95% CI: 93.26%-97.62%) Satisfacción	309 (91.96%; 95% CI: 89.06%-94.87%). recomendaría la teleconsulta. 351 (99.72%; 95% CI: 99.16%-99.99%) están muy satisfechos con el trato y la amabilidad.

Tabla 1. Estudios que evalúan la satisfacción de la atención sanitaria no presencial en el periodo citado de pandemia

Estudio	Autor	Especialidad/ Proceso/Otros	Tipo de Estudio	Año publicación	Período realización	Centro	Lugar	Núm. Pacientes	Herramienta	Resultados	Observaciones
Atención farmacéutica a pacientes ambulatorios hospitalarios durante la pandemia COVID-19. Telefarmacia	Margusino-Framiñán et al.	Farmacia Hospitalaria	Estudio observacional	2020	Abril y mayo 2020	Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña	La Coruña	63	Encuesta telefónica	Se atendieron 63 pacientes 139 consultas y se llevaron a cabo 258 dispensaciones, manteniendo una gran satisfacción con el asesoramiento ambulatorio y entrega informada de medicamentos.	Los servicios de farmacia hospitalaria pueden beneficiarse de utilizar la telefarmacia como herramienta complementaria a la asistencia presencial.

Evaluación de la satisfacción en la atención sanitaria no presencial en **ATENCIÓN PRIMARIA**

El estudio realizado por Sal Redondo et al. cuenta con una muestra de 1220 pacientes de los cuales el 64% presentaban alguna enfermedad crónica como DM, HTA o asma. Este colectivo presentó una mayor satisfacción con la TC que aquellos que fueron atendidos por COVID-19, de la misma forma que aquellos pacientes no crónicos que consultaron por otro motivo distinto al COVID-19 puntuaron mejor las acciones de AP ($p < 0,025$) que los crónicos.²²

Evaluación de la satisfacción en la atención sanitaria no presencial en **ESPECIALIDADES Y PATOLOGÍAS CLÍNICAS**

- Psiquiatría

La satisfacción con la asistencia telemática recibida en la unidad de salud mental del Hospital Sant Joan de Déu²³ obtuvo una media de 9,24 sobre 10, y se valoró mayoritariamente como igual a la presencial. Tres de cada cuatro encuestados se mostraban de acuerdo en continuar las visitas telemáticas y una de cada cuatro veía posible que la mayoría de visitas se realizaran por esta vía. Por contra, uno de cada cinco prefería el seguimiento presencial exclusivamente. Se prefiere el teléfono a la videollamada, y lo utilizarían para solventar dudas o asuntos de urgencia, así como para seguimiento. En lo correspondiente a las gestiones en los centros, se prefiere utilizar el correo electrónico o el Whatsapp.

- Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Taxonera et al. recogieron un total de 171 encuestas sobre satisfacción con la TC en la atención de la EII. Cabe destacar que menos del 20% hubiera preferido una consulta presencial, y la satisfacción fue del 94% y 93% para programadas y urgentes respectivamente. ($p < 0,82$).²⁴ De las 216 visitas presenciales en el período de pandemia, un 98% pudo convertirse en telefónicas y 162 consultas urgentes también fueron resueltas por teléfono. También desde enfermería en el servicio de EII asesoraron a 584 pacientes a distancia.

- Reumatología

La duración de la TC de 9,64 minutos de media, los 33km de media de distancia al centro hospitalario o un 16% de pacientes con estudios universitarios, fueron otros parámetros que se valoraron en el estudio con una muestra de 469 pacientes de Tornero-Molina J et al. Además, este estudio del servicio de reumatología, muestra también una correlación de la satisfacción del paciente con el nivel de educación mayor (OR = 4,12). También se evalúa la satisfacción del médico que está relacionada con la capacidad para manejar el Internet del paciente (OR = 3,01).²⁵

Evaluación de la satisfacción en la atención sanitaria no presencial en **ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS**

- Dermatología

Durante la pandemia se desarrolló un estudio descriptivo prospectivo sobre tele dermatología²⁶ en la cual 374 pacientes enviaron una consulta virtual con imagen, siendo diagnosticados el 87,1% (IC 95% :83,76-90,5%) La confianza en el diagnóstico emitido por cada dermatólogo fue valorada subjetivamente por cada dermatólogo, puntuándose como ≥ 7 sobre 10 en 290 casos. La calidad de la imagen fue considerada suficiente en un 52,1% de los casos. Por el contrario, no fue posible emitir un diagnóstico en el 12,8% (IC 95%: 9,4-16,1%). Los motivos descritos fueron una imagen no acorde a la consulta en un 58,3% de los casos, mala calidad en un 22,9% y necesidad de pruebas complementarias un 18,7% de las ocasiones. La satisfacción global de los pacientes fue de 4,5 sobre 5, y la de los profesionales fue del 68,7%. Cabe destacar que mostraron una confianza en el diagnóstico del 81,25% y que existe un gran acuerdo en el impacto positivo en la gestión de su servicio (74%), y un 87,2% lo aplicaría a nuevas áreas terapéuticas.

- Urología

Leibar Tamayo et al²⁷ nos describen en su estudio observacional transversal no intervencionista, los resultados del seguimiento de pacientes urológicos mediante teleconsulta en los meses de confinamiento por la pandemia. De los 200 participantes, el 60% evitó acudir al centro hospitalario. Un 10% de los pacientes manifestó un empeoramiento de la sintomatología urológica en este período. Sobre una puntuación de 10, las encuestas a los pacientes se valoraron la claridad de la teleconsulta con un 9 (IC 8-10) la amabilidad percibida con un 9 (IC: 8-10) y un horario adecuado en el 96,5% (88% de mañana y 12% de tarde). La impresión de los pacientes con el tiempo de teleconsulta fue valorado con un 9 (IC 8-10). El facultativo consideró resolutivos un 72% de casos. La satisfacción global fue de un 9 (IC 8-10); considerando un 61,5% de los encuestados que la teleconsulta puede ser una «opción de asistencia sanitaria» después de la crisis sanitaria. Hubo una relación entre la resolución de la consulta y el grado de satisfacción.

Evaluación de la satisfacción en la atención sanitaria no presencial en **OTROS ESTUDIOS NO VINCULADOS A PROCESOS O ESPECIALIDADES**

- Otros

En el estudio transversal de Ruiz-Romero et al.²⁸, con una muestra de 352 encuestas a pacientes en diferentes especialidades, el 95,44% de los pacientes se mostró satisfecho o muy satisfecho, un 91,96% recomendaría el servicio de consulta telefónica a otros pacientes. Están muy satisfechos con la amabilidad y con la atención un 99,72% y un 95,73% respectivamente. Un 95,96% afirmó estar satisfecho con la resolución de dudas y un 95,45% con la duración de la llamada. También hay una gran satisfacción con no tener que acudir al hospital, y una mayor parte de los pacientes consideraron igual de útil la consulta presencial, un 64,47% les gustaría que se siguiese ofreciendo esta posibilidad de consulta telefónica y un 82,51% de los encuestados ha considerado que este servicio podría haber sustituido a alguna consulta a la que se asistió anteriormente.

Entre otros motivos, los encuestados apuntaron como beneficios de la teleconsulta: evitar contagios (56,4%), evitar desplazamientos (25,6%) y ahorrar tiempo (5,5%). Como sugerencia, los pacientes consideraron que la teleconsulta podría servir para realizar seguimiento (28,5%), dar resultados (18,8%) o gestionar citas (15,5%) entre otras.

- Servicio de Farmacia Hospitalaria

Finalmente, en el estudio de Margusino-Framiñán et al.²⁹ se atendieron 63 pacientes 139 consultas y se llevaron a cabo 258 entregas de fármacos, manteniendo una gran satisfacción con el asesoramiento ambulatorio y entrega informada de medicamentos. Ha habido una gran adaptación de los servicios de farmacia hospitalaria a la pandemia, la telefarmacia ha demostrado ser útil en todas las aplicaciones. Debe promoverse el uso de la telefarmacia como herramienta complementaria en un modelo mixto de atención farmacéutica ambulatoria hospitalaria, sacando beneficio de las ventajas de cada método.

6. DISCUSIÓN

La atención sanitaria no presencial se ha convertido en una herramienta imprescindible para afrontar la crisis sanitaria provocada por el COVID-19. Motivado por la necesidad de evitar los contagios hospitalarios de los pacientes y sanitarios se ha tratado de convertir en teleconsulta toda aquella visita médica que no fuera imprescindible la asistencia.

Como se refleja en las encuestas realizadas en los estudios aquí comentados ²²⁻²⁹, en las distintas muestras de distintos servicios hospitalarios se ha encontrado una gran satisfacción con la atención recibida mediante la teleconsulta. Los pacientes muestran generalmente una gran conformidad con el trato y amabilidad recibidos, con la información proporcionada por los facultativos con los tiempos de duración de llamadas y con los medios de comunicación empleados para tal efecto.

Los pacientes manifestaron varios motivos que justifican la buena impresión que genera la telemedicina. Entre ellos se encuentran los desplazamientos innecesarios, así como el tráfico y la dificultad para aparcar; las salas de espera, la conciliación familiar o laboral que les permite este tipo de servicios, entre otras. ^{23,28}

No se han encontrado asociación entre factores como el sexo del paciente, la habilidad en el manejo de las tecnologías de información y comunicación, presencia o no de discapacidad, método de transporte para acudir a la consulta presencial o la necesidad de acompañantes para el desplazamiento al hospital. Sí que se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de estudios del paciente y la valoración de las teleconsultas en el estudio de Tornero-Molina et al. ²⁵ Se valoró también la distancia media ahorrada gracias a la TC, que era de más de 30 kilómetros; y el tiempo medio empleado en la consulta presencial era de 2 horas frente a los 10 minutos de la TC.

Atención Primaria ha tenido que adaptarse y desviar parte de sus esfuerzos a la atención y el seguimiento de aquellos pacientes contagiados por COVID-19, además de sus funciones habituales. La satisfacción de los pacientes con las teleconsultas en atención primaria fue evaluada por Sal Redondo et al. ²² y por Ruiz-Romero et al. ²⁸ Dentro de la satisfacción generalizada de los pacientes, la saturación del sistema y la escasez de recursos se ven reflejados en una disminución de los pacientes enfermos por coronavirus, con respecto a aquellos con otras patologías crónicas y sobre todo con respecto a aquellos que no tenían dolencias crónicas. Hubo un mejor cumplimiento del aislamiento gracias al seguimiento continuo de los pacientes aislados mediante teleconsulta, por lo que se puede asociar una mejor adherencia a los tratamientos e indicaciones médicas con la TC.

La introducción en la atención de sistemas de telemonitorización o teleconsulta permiten realizar un seguimiento del paciente a distancia. Un factor para evaluar en este caso es la seguridad y facilidad para utilizar y entender esta tecnología para evitar tener incidentes las dificultades en su empleo. La atención sanitaria no presencial no ha demostrado mayores problemas relacionados con la seguridad clínica respecto a la atención presencial en los estudios evaluados. Los sistemas de comunicación telefónica automatizados (SCTA), que sirven para recopilar la información relacionada con la salud, se han demostrado efectivos ya que pueden cambiar los comportamientos de salud de los pacientes, mejorar los resultados clínicos y aumentar la aceptación de la atención médica con efectos positivos en varias áreas importantes.³⁰

En relación a la efectividad de la atención sanitaria no presencial, Sendagorta et. al, en su evaluación de la teledermatología, describen pacientes atendidos no presencialmente, se diagnosticó en el 87%, con un alto nivel de confianza.²⁶ Por su parte, un 72% de los casos consiguió una resolución subjetiva por parte del facultativo en el estudio de Leibar-Tamayo et al.²⁷ Se encontró que tan solo un 10% reportaron un empeoramiento de sus síntomas urológicos.

Durante el período de confinamiento, se apreció una reducción de la asistencia a urgencias y de hospitalización en el estudio en un servicio de EII realizado por Taxonera et al.²⁴ Esto puede deberse al uso de la atención sanitaria no presencial, aunque estos datos pueden estar influidos por el contexto de pandemia, y puede deberse a una elección consciente de los pacientes.

Entre los muchos medios mediante los cuales se puede llevar a cabo una teleconsulta, debe elegirse, en función de las características de la intervención, aquella que vaya a proporcionar una mayor efectividad y optimización del tiempo que se le dedica a cada paciente. Por ejemplo, Chavarría Romero et al, en su estudio, comprobaron que había una preferencia por la llamada telefónica con respecto a la videollamada.²³

Se ha encontrado en algunos estudios^{24,26,27,29}, se una potencial disminución de demanda de servicios hospitalarios lo que podría traducirse en una disminución de costes. Este estudio puede sentar las bases para el estudio de nuevas herramientas que refuercen la atención manteniendo las garantías y la calidad.

Hay que destacar un estudio²⁸, donde se describen las variables y el propio cuestionario realizado. Así consta de 26 preguntas cerradas y 5 abiertas agrupadas en 9 dimensiones: Cuatro sobre características del paciente, ocho sobre características de la consulta, una sobre trato, nueve sobre utilidad, tres sobre resolución de la consulta, una sobre seguridad, tres sobre satisfacción, dos sobre preferencia por la modalidad presencial y una sobre oportunidades de mejora. (Tabla 1). Este trabajo, podría ser evaluado tanto en su constructo interno y externo, como una posible herramienta para evaluar la satisfacción del paciente en la atención a distancia en períodos de pandemia.

Evaluación coste-efectivo de la atención sanitaria a distancia

La minimización de costes en la atención a distancia influye sobre los tiempos de hospitalización de los pacientes, además de optimizar los recursos sanitarios, mejorando así la eficiencia; el seguimiento mediante teleconsulta o bien el seguimiento de enfermedades crónicas tales como las EII que puede suponer un descenso en la asistencia a urgencias y en las hospitalizaciones²⁴. Por supuesto, hay que incluir aquí los costes de desplazamiento al hospital^{23,25,28,29}. A nivel hospitalario, la TC también puede derivar en una menor necesidad de espacio hospitalario, de personal administrativo, de limpieza y de tiempo entre pacientes.

La repercusión en los costes indirectos de la introducción de la atención sanitaria no presencial en la práctica clínica se puede ver reflejada en la conciliación laboral que brinda la teleconsulta^{23,28}. Además, con ella se refleja, en relación con la asistencia presencial, una menor pérdida de tiempo por parte de los pacientes en salas de espera. También contribuye a mejorar la calidad de vida de aquellos familiares cuidadores gracias a la autonomía que proporciona estas herramientas.

Evaluación de la satisfacción de los profesionales con la atención sanitaria no presencial

A la hora de valorar la introducción de la atención sanitaria no presencial en la práctica clínica habitual, es importante evaluar la percepción de los profesionales. Sendagorta encontró en las encuestas de su estudio una satisfacción global alta con la teledermatología por parte de los profesionales.²⁶ Hubo un gran acuerdo respecto al impacto positivo sobre la gestión del servicio y sobre su inclusión en otras áreas terapéuticas.

Tornero-Molina et al en su evaluación de la satisfacción de los profesionales, detectaron que el menor nivel de habilidad para el manejo de las tecnologías por parte del paciente se relacionaba con una menor preferencia del médico con una nueva teleconsulta. Esto puede apoyar la teoría de la brecha digital, en la cual en función de las características del paciente deba elegirse una vía u otra de atención. Si bien, se encontró una gran satisfacción con el uso de teleconsulta para entregar resultados de analíticas o de pruebas complementarias.²⁵

La experiencia del paciente es un concepto poliédrico. Su caracterización se hace desde perspectivas muy diferentes: experiencia vital del paciente con su enfermedad, satisfacción con los servicios recibidos, interacción con los profesionales y servicios prestados, etc. De ahí, que hay que incorporar la satisfacción del paciente a esa nueva interpretación de la interrelación del paciente con los servicios de salud. Evaluar la satisfacción del paciente ante la atención no presencial durante la pandemia, es un requisito. Sin embargo, no es suficiente porque es clave integrar la satisfacción en este nuevo territorio de la experiencia del paciente, identificando sus múltiples facetas con sus utilidades específicas. Esa ordenación conceptual es imprescindible si queremos medir para ver mejoras en gestión, en resultados y, en definitiva, en la atención centrada en la persona, que sería el fin último. Y esa ordenación conceptual, necesita incluir a los profesionales, en esta nueva perspectiva que es la mejora de la experiencia del paciente.

Instrumento de evaluación de la satisfacción de los pacientes con la TC

Se han encontrado dificultades al no haber una herramienta específica para evaluar la satisfacción de los pacientes. Existe una heterogeneidad de cuestionarios y sistemas de puntuación, además de que hay características que se valoran en unos artículos y en otros no. Esto se ve perfectamente reflejado en las columnas de herramientas y resultados de la tabla 1.

Podríamos considerar que se estandarizase una encuesta sobre satisfacción al paciente como la que aparece en la tabla 2 de los anexos, sobre: Variables y dimensiones de las teleconsultas para la evaluación de la satisfacción del paciente durante la pandemia por COVID-19.

Esta encuesta analiza las características del paciente (cuatro), las características de la consulta (ocho), la satisfacción con el trato (una), la utilidad de la consulta (nueve), la resolución de la consulta (tres), la seguridad con la consulta telefónica (una), la satisfacción del paciente (tres), la preferencia entre la modalidad presencial y la no presencial (dos) y sugerencias sobre oportunidades de mejora o ámbitos en el que el paciente considera que podría haber algunos cambios (una), en total 26 preguntas cerradas y cinco abiertas.

Con este modelo se podrían estudiar relaciones estadísticas entre las variables, como por ejemplo la asociación de la satisfacción con la edad o con el nivel de estudios del paciente. También diferenciar la satisfacción entre servicios, para analizar cada uno de estos, ya que cada servicio puede responder a unas características distintas de atención debido a la variabilidad entre las patologías y sus tratamientos. Por lo tanto, al no poder realizar comparaciones entre distintos estudios, no es posible diferenciar aquellas prácticas que aportan beneficios de las que no.

Limitaciones y fortalezas

Una limitación puede ser el contexto de pandemia en el que transcurren los ensayos de campo de los estudios incluidos en esta revisión, ya que puede generar un sesgo de selección debido a que la apreciación de la satisfacción de los pacientes con los sistemas de atención sanitaria no presencial evaluados puede verse influenciada. Es posible que, con la apreciación de disminución de la incidencia del coronavirus por parte de los pacientes, se encuentren unos resultados distintos. Por ello, sería deseable la realización de nuevos estudios en los que se evalúe y compare, teniendo en cuenta la necesidad de una herramienta homogénea de estudio, la satisfacción de los pacientes en otras circunstancias.

También es importante destacar que en los estudios se reflejan los resultados de los pacientes interesados en responder a las encuestas, por lo que esto también puede influir en los resultados del estudio.

Se ha encontrado, además, una gran dificultad para encontrar estudios de las características de los estudios que aquí se incluyen realizados en España. Es sorprendente la escasa literatura sobre la satisfacción de los pacientes con la atención no presencial. En un momento singular como el vivido hubiera sido el momento ideal para establecer criterios clínicos de priorización. Apenas se ha evaluado la satisfacción de los profesionales, con lo cual, nos encontramos ante una increíble falta de consistencia en los estudios. Esto nos recuerda la necesidad de contar con la opinión de los pacientes y los profesionales para mejorar la atención presencial y no presencial.

La fortaleza de este estudio es que sistematiza el análisis de la satisfacción de los pacientes en un momento singular como es la pandemia del coronavirus. Identifica la heterogeneidad de los estudios a la hora de evaluar la satisfacción del paciente. Y, finalmente, pone de manifiesto la importancia de mejorar la atención sanitaria con el paciente y su entorno.

Implementación de la atención sanitaria no presencial

A pesar de que durante la pandemia la atención sanitaria no presencial ha tenido que tomar un papel crucial en la atención al paciente, muchos autores consideran que este modelo de atención es una gran ayuda complementaria, además de factible, para la actividad asistencial; destacando su uso en el seguimiento de pacientes.^{23,25-29}

Hubo un gran acuerdo en los autores con respecto a la necesidad de realizar más estudios fuera de la pandemia para evaluar la asistencia telemática.^{23,24,26-29} Es necesario estudiar qué perfil de paciente se ve más beneficiado de intervenciones a través de la atención sanitaria no presencial, comparar con las intervenciones de atención sanitaria presencial en cuanto al impacto en el reingreso o la mortalidad con respecto a la atención habitual, así como la rentabilidad de los mismos.

Ha de tenerse en cuenta que la tecnología en la atención sanitaria no presencial está en constante desarrollo por lo que hay que dedicar un constante esfuerzo a actualizar los sistemas y dispositivos que pueden ayudar a conseguir mejores resultados en la práctica clínica.

La inversión en este nuevo modelo de atención ha sido una reivindicación existente en varios artículos^{22,24,26} Por ejemplo, es necesaria un sistema eficiente con la integración de imagen digital por las características de la atención de dermatología, lo que implica una infraestructura para almacenamiento y envío seguro de imágenes.²⁶ Esto mismo se reivindica sobre la calidad tecnológica en los centros de salud para asegurar su correcto funcionamiento.²²

7. CONCLUSIONES

- Se encuentra una gran satisfacción generalizada de los pacientes encuestados con la atención de los médicos, la amabilidad, la información recibida y el ahorro de costes que ha facilitado la atención a distancia no presencial.
- La telemedicina puede proporcionar muy buenos resultados y en múltiples ámbitos de la atención sanitaria, y que además también puede mejorar la relación coste-efectividad sanitaria.
- Existe una heterogeneidad en los instrumentos de evaluación de la satisfacción de los pacientes con la atención sanitaria no presencial en la pandemia por COVID-19
- Se necesitan ulteriores estudios para demostrar la efectividad, la seguridad clínica y la mejora de la calidad asistencial. P.ej., la tabla reseñada en Anexos podría ser una estupenda herramienta para la validación de variables y escalas de medida de la atención a distancia de los pacientes, en períodos de pandemias.

8. ANEXOS

Tabla 2. Variables y dimensiones de las teleconsultas para la evaluación de la satisfacción del paciente durante la pandemia por COVID-19

Dimensión	Variable	Tipo de variable	Categorías/Valores
Características del paciente	Sexo	Cualitativa dicotómica	Mujer; Hombre
	Edad	Cuantitativa continua	Número decimal
	Nivel de estudios	Cualitativa politómica	Sin estudios; Básicos o Primarios; Secundarios; Universitarios; Sin identificar
	Nº personas convivientes en el hogar	Cualitativa ordinal	1; 2; 3; 4-5; >5.
Características de la consulta telefónica	Tipo de consulta	Cualitativa dicotómica	Primera consulta; Seguimiento
	Lugar de teleconsulta	Cualitativa politómica	Hogar; Trabajo; Otros
	Estuvo acompañado	Cualitativa dicotómica	Sí; No; No sabe/No recuerda
	Uso de consulta telefónica anterior a la pandemia	Cualitativa dicotómica	Sí; No
	Atiende la consulta telefónica	Cualitativa politómica	Enfermera; Médico; Administrativa; No se identificó; No me acuerdo
	Especialidad médica	Cualitativa politómica	12 especialidades médicas
	Motivo de la consulta	Cualitativa politómica	Primera Consulta; Seguimiento de enfermedad; Resultados de una prueba; Anular/aplazar fecha de la consulta; Otros
	Número de veces que le han llamado desde el Hospital para interesarse por su estado	Cuantitativa discreta	Número entero
Trato	En la consulta telefónica ¿se ha sentido tratado/a con amabilidad?	Cualitativa ordinal	Escala Likert 1 a 5
Utilidad	Utilidad “¿La teleconsulta le parece igual de útil que la presencial?”	Cualitativa dicotómica	Sí; No
	Comentarios utilidad “¿Por qué la teleconsulta le parece igual de útil que la presencial?”	Cualitativa nominal	Texto libre
	Casos en que es útil “¿En qué casos le parece la consulta telefónica una forma útil de seguimiento de un diagnóstico?”	Cualitativa nominal	Texto libre
	Atención adecuada y suficiente “¿Considera que la teleconsulta le ofreció una atención adecuada y suficiente?”	Cualitativa ordinal	Escala Likert 1 a 5
	Tranquiliza “La consulta telefónica, ¿le ha ayudado durante esta alerta tranquilizándole?”	Cualitativa ordinal	Escala Likert 1 a 5
	Resolver dudas “¿Ha podido hacer preguntas para aclarar o resolver dudas?”	Cualitativa ordinal	Escala Likert 1 a 5
	Recomendaciones” ¿En la consulta telefónica le dieron recomendaciones	Cualitativa dicotómica	Sí; No

	para identificar situaciones de riesgo? Beneficiosa “¿Le ha resultado beneficioso el no tener que acudir al hospital?”	Cualitativa dicotómica	Sí; No
	Causa del beneficio “¿Por qué le ha resultado beneficioso el no tener que acudir al hospital?”	Cualitativa nominal	Texto libre
Resolución de la consulta	Derivación “¿Le recomendaron tras la consulta que debía de acudir en persona al hospital/ centro de salud/ urgencias?”	Cualitativa dicotómica	Sí; No
	Adecuación de la derivación “¿La recomendación recibida le pareció adecuada?”	Cualitativa dicotómica	Sí; No
	Por qué considera adecuada la derivación “¿Por qué la recomendación recibida le pareció adecuada?”	Cualitativa nominal	Texto libre
Seguridad	Seguridad “¿La consulta telefónica le parece igual de segura que la consulta presencial?”	Cualitativa ordinal	Escala Likert 1 a 5
Satisfacción	Satisfacción “¿Diría usted que está satisfecho/a con la consulta?”	Cualitativa ordinal	Escala Likert 1 a 5
	Recomendación “¿Recomendaría el servicio de consulta telefónica a otros pacientes?”	Cualitativa ordinal	Escala Likert 1 a 5
	Duración de la llamada “¿Cómo se encuentra de satisfecho/a con la duración de la llamada?”	Cualitativa ordinal	Escala Likert 1 a 5
Preferencia por la modalidad presencial	Interés en próximas teleconsultas “La próxima vez que le atiendan, ¿le gustaría que le ofrecieran la posibilidad de una consulta telefónica?”	Cualitativa ordinal	Escala Likert 1 a 5
	Sustitución de presenciales por teleconsultas “En su opinión, ¿considera que algunas consultas presenciales a las que ha asistido con anterioridad podrían haberse realizado mediante teleconsulta?”	Cualitativa ordinal	Escala Likert 1 a 5
Oportunidades de mejora	Oportunidades de mejora “Comentario o sugerencia de mejora que nos ayude a mejorar el servicio prestado”.	Cualitativa nominal	Texto libre

9. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. *Summary of Probable SARS Cases with Onset of Illness from 1 November 2002 to 31 July 2003.*; 2015.
<https://www.who.int/publications/m/item/summary-of-probable-sars-cases-with-onset-of-illness-from-1-november-2002-to-31-july-2003>
2. Rha B, Rudd J, Feikin D, et al. Update on the Epidemiology of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) Infection, and Guidance for the Public, Clinicians, and Public Health Authorities —. *Centers for disease control and prevention*. Published online 2015.
<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6403a4.htm>
3. World Health Organization. Ebola virus disease. Fact sheets. Published 2021.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease>
4. World Health Organization. Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19. Comunicados de prensa. Published June 29, 2020. Accessed January 29, 2021.
<https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
5. Tesini BL. Coronavirus y síndromes respiratorios agudos (COVID-19, MERS y SARS). *msdmanuals*. Published 2021.
https://www.msdmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/virus-respiratorios/coronavirus-y-síndromes-respiratorios-agudos-covid-19-mers-y-sars#v8948899_es
6. Saul T. Gripe española: la primera pandemia global. *Historia National Geographic*. Published 2018. https://historia.nationalgeographic.com.es/a/gripe-espanola-primera-pandemia-global_12836
7. Wikipedia.org. Cronología de la pandemia de COVID-19 en España. Anexo. Published 2020. Accessed March 9, 2021.
https://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Cronología_de_la_pandemia_de_COVID-19_en_España
8. Ministerio de Sanidad. PLAN DE RESPUESTA TEMPRANA EN UN ESCENARIO DE CONTROL DE LA PANDEMIA. Accessed June 2, 2021.
<https://www.msbs.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/13.07130720131534059.pdf>
9. Hevia V, Lorca J, Hevia M, et al. COVID-19 Pandemic: Impact and rapid reaction of Urology. *Actas Urológicas Españolas*. 2020;44(7):450-457.
doi:10.1016/j.acuro.2020.04.006
10. Carpio López D, Martínez Pillado M, Salgado Barreira Á, et al. EFECTIVIDAD DEL PLAN DE CONTINGENCIA DE LA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ANTE LA INFECCIÓN DE COVID-19. *Rev Esp Salud Pública*. 2020;94.
https://runa.sergas.gal/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/13864/RS94C_202006061.pdf?sequence=1
11. Postigo A, González-Mansilla A, Bermejo J, Elízaga J, Fernández-Avilés F, Martínez-Sellés M. Telecardiology in times of the COVID-19 pandemic. *Revista Española de Cardiología*. 2020;73(8):674-676. doi:10.1016/j.recesp.2020.04.026
12. Juan Ricardo Márquez V. Teleconsultation in a pandemic due to coronavirus: Challenges for telemedicine in the post-COVID-19 era. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 2020;35(Supl. 1):5-16. doi:10.22516/25007440.543

13. *Informe Técnico de La Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH). Propuesta de Medidas y Cuestiones a Considerar Para La Fase de Transición de La Pandemia Por SARS-CoV-2 En España.*
14. Documentos de posicionamiento y recomendaciones de la AEC en relación con la cirugía y COVID-19 | aecirujanos.es. Accessed April 4, 2021. https://www.aecirujanos.es/Documentos-de-posicionamiento-y-recomendaciones-de-la-AEC-en-relacion-con-la-cirugia-y-COVID19_es_116_508_0_345.html
15. COVID-19: Recommendations for Management of Elective Surgical Procedures. Accessed April 4, 2021. <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-surgery>
16. *Speciality Guides for Patient Management during the Coronavirus Pandemic Clinical Guide for the Management of Cardiology Patients during the Coronavirus Pandemic.*; 2020. Accessed April 4, 2021. www.gmc-uk.org/news/news-archive/how-we-will-continue-to-regulate-in-light-of-
17. Vidal-Alaball J, Acosta-Roja R, PastorHernández N, et al. Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic. *Atencion Primaria*. 2020;52(6):418-422. doi:10.1016/j.aprim.2020.04.003
18. McLean S, Sheikh A. Does telehealthcare offer a patient-centred way forward for the community-based management of long-term respiratory disease? Published online 2009. doi:10.3132/pcrj.2009.00006
19. Ortiz Cano MH. *TELEASISTENCIA, Una Alternativa En La Atención a Las Personas Que Requieren Cuidados de Larga Duración En Condición de Dependencia.*; 2015.
20. Finkelstein J, Friedman RH. Potential role of telecommunication technologies in the management of chronic health conditions. *Disease Management and Health Outcomes*. 2000;8(2):57-63. doi:10.2165/00115677-200008020-00001
21. Alonso-Caballero J, Ferrer-Fores M. *Resultados Reportados Por Los Pacientes (PROs).*; 2017. Accessed May 30, 2021. www.cedro.org
22. Sal Redondo C, Torres Blanco B. Satisfacción de los pacientes con la asistencia recibida por atención primaria durante los primeros meses de la pandemia de covid-19 - Medicina General y de Familia. Accessed May 23, 2021. <http://mgyf.org/satisfaccion-de-pacientes-con-asistencia-recibida-durante-pandemia-covid-19/>
23. Chavarría Romero V, Alvarós Costa J. Satisfacción con la teleasistencia en tiempos de COVID-19 por parte de las personas usuarias | Salud Mental 360. Accessed May 31, 2021. <https://www.som360.org/es/monografico/investigacion-covid-19/articulo/satisfaccion-teleasistencia-tiempos-covid-19-parte>
24. Taxonera C, Alba C, Olivares D, Martín M, Ventero A, Cañas M. Innovation in IBD Care During the COVID-19 Pandemic: Results of a Cross-Sectional Survey on Patient-Reported Experience Measures. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2020;27(6). doi:10.1093/ibd/izaa223
25. Tornero-Molina J, Sánchez-Alonso F, Fernández-Prada M, Bris-Ochaita ML, Sifuentes-Giraldo A, Vidal-Fuentes J. Tele-Rheumatology During the COVID-19 Pandemic. *Reumatologia Clinica*. Published online 2020. doi:10.1016/j.reuma.2020.10.004
26. Sendagorta E, Servera G, Nuño A, Gil R, Pérez-España L, Herranz P. Direct-to-Patient Teledermatology During COVID-19 Lockdown in a Health District in Madrid, Spain: The EVIDE-19 Pilot Study. *Actas Dermo-Sifiliograficas*. 2021;112(4):345-353. doi:10.1016/j.ad.2020.11.020

27. Leibar Tamayo A, Linares Espinós E, Ríos González E, et al. Evaluation of teleconsultation system in the urological patient during the COVID-19 pandemic. *Actas Urologicas Espanolas*. 2020;44(9):617-622. doi:10.1016/j.acuro.2020.06.002
28. Ruiz-Romero V, Torres-Domínguez Y, Acón-Royo D, et al. *EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN LA TELECONSULTA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 (*)*. Vol 95.; 2021. Accessed May 30, 2021. www.msrebs.es/resp
29. Margusino-Framiñán L, Illarro-Uranga A, Lorenzo-Lorenzo K, et al. Atención farmacéutica al paciente externo durante la pandemia COVID-19. *Telefarmacia. Farmacia hospitalaria : organo oficial de expresion cientifica de la Sociedad Espanola de Farmacia Hospitalaria*. 2020;44(7):61-65. doi:10.7399/fh.11498
30. Posadzki P, Mastellos N, Ryan R, et al. Automated telephone communication systems for preventive healthcare and management of long-term conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;2016(12). doi:10.1002/14651858.CD009921.pub2