

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título:

**Influencia del estado de alarma
durante la pandemia por SARS-Cov2
sobre la atención sanitaria y calidad de
vida de los pacientes inmovilizados en
domicilio.**

Alumna: Vicente Gilabert, Nuria

Tutor: Rodríguez Pérez, María del Cristo

**Máster Universitario de Investigación en
Atención Primaria Curso: 2020-2021**



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



TRABAJO FIN DE MÁSTER



RESUMEN:

Introducción: La situación de pandemia por la Covid-19 forzó a tomar medidas urgentes. En España la proclamación del estado de alarma por Covid-19 se estableció el 14 de Marzo de 2020 lo que implicó el confinamiento de la sociedad, y terminó el día 21 de Junio de ese mismo año. Esta nueva situación forzó al sistema sanitario a una adaptación en la forma de ejercer la medicina desde los Centros Sanitarios de Atención Primaria, pasando de una medicina presencial tradicional a la telemedicina/medicina telefónica o no presencial

Objetivo: Analizar el efecto de la atención sanitaria recibida durante el confinamiento domiciliario decretado por el estado de alarma en los meses de marzo-junio de 2020 sobre la calidad de vida y comorbilidades de una muestra de pacientes inmovilizados, usuarios de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud.

Metodología: Estudio retrospectivo con diseño transversal de 12 meses de duración en pacientes inmovilizados mayores de 65 años asistidos desde Atención Primaria en varios centros de salud del Servicio Murciano de Salud. Se estudiarán datos sociodemográficos y para valorar la situación del cuidador/a y el paciente, que se extraerán de las historias clínicas informatizadas.

Resultados: Este estudio nos ayudará a conocer el perfil sociodemográfico de los pacientes inmovilizados y usuarios de atención primaria del Servicio Murciano de Salud, así como de sus comorbilidades y calidad de vida. Con esto se podrían desarrollar nuevos protocolos o planes de cuidados en función de las necesidades de eses grupo de pacientes.

Palabras claves: *Inmovilizado, Pandemia, SARS-CoV-2, Covid-19, Atención primaria, telemedicina.*

ÍNDICE

1. Título.....	4
2. Justificación: Introducción y antecedentes del tema	4
1.1 Justificación del trabajo	9
2. Pregunta clínica en formato PICO	10
3. Hipótesis.....	10
4. Objetivos	11
4.1 Objetivo general	11
4.2 Objetivos Secundarios.....	11
5. Materiales y métodos	12
5.1 Tipo de estudio más apropiado:	12
5.2 Población diana y población a estudio.....	12
5.3 Método de muestreo y calculo muestral	13
5.4 Recogida de datos.....	13
5.5 Variables	14
5.6 Análisis estadístico	16
5.7 Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	17
6. Aplicabilidad y utilidad de los resultados	17
7. Plan de trabajo y cronograma.....	18
8. Limitaciones y sesgos	19
9. Consideraciones éticas	19
10. Presupuesto	20
11. Bibliografía.....	21

12. Anexos.....	25
12.1. Anexo I: Información al paciente y/o cuidador/a principal del paciente y formulario de consentimiento informado	25
12.2. Anexo II: Índice de Katz	29
12.3. Anexo III: Test de valoración sociofamiliar de Gijón	31
12.4. Anexo IV: Test de Zarit	33
12.5. Anexo V: Escala de Arnel.....	35
12.6. Anexo IV Hoja de recogida de datos	38



1. Título

Influencia del estado de alarma durante la pandemia por SARS-Cov2 sobre la atención sanitaria y calidad de vida de los pacientes inmovilizados en domicilio.

2. Justificación: Introducción y antecedentes del tema

Se define inmovilizado como la incapacidad/minusvalía no ligada a enfermedad concreta. Según la Academia Nacional de Medicina la incapacidad/discapacidad es la restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para una persona. Desde 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) distingue claramente entre deficiencia, discapacidad y minusvalía o desventaja, pero en la práctica los términos de “discapacidad”, “invalidez” y “minusvalía” se usan con frecuencia de forma intercambiable, como si fueran sinónimos.

Específicamente según la Cartera de Servicios del Servicio Murciano de Salud se define inmovilizado como personas que habiendo sido sometidas a valoración en su domicilio por medicina y/o enfermería, pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (que solo pueden abandonar con la ayuda de otras personas) y personas con dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales) independientemente de la causa, y que el tiempo previsible de duración de esta dificultad sea superior a dos meses¹.

Haciendo referencia a la Academia Nacional de Medicina el envejecimiento es el aumento del porcentaje de ancianos en una población, por lo general como consecuencia de un aumento de la esperanza de vida y de una disminución de la natalidad.

La esperanza de vida se ha incrementado en el último siglo, gracias a los avances tecnológicos sanitarios se ha reducido la mortalidad mejorando la calidad de vida. Según los datos demográficos publicados en el Instituto Nacional de Estadística (INE), entre 1999 y 2019 en España

la esperanza de vida de los hombres ha pasado de 75.4 a 80.9 años y de las mujeres de 82.3 a 86.2 años².

Este incremento de la esperanza de vida ha llevado consigo un aumento de la prevalencia y mortalidad secundaria a enfermedades crónicas relacionadas con el envejecimiento de la población, la mayoría de estos pacientes reciben cuidados especiales a través de unidades de atención primaria domiciliaria³.

Según el último registro realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2008 hay una tasa de 85,5 por mil habitantes, es decir 3.85 millones de personas con discapacidad con movilidad limitada en domicilio⁴.

En la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define la Covid-19 como la enfermedad causada por el nuevo coronavirus como SARS-CoV-2. La OMS tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019. La situación de pandemia por la Covid-19 forzó a tomar medidas urgentes. En España la proclamación del estado de alarma por Covid-19 se estableció el 14 de Marzo de 2020, lo que implicó el confinamiento de la sociedad, y terminó el día 21 de Junio de ese mismo año. Esta situación de aislamiento social trajo consigo consecuencias en todos los niveles: sanitario, económico, social, educativo, psicológico, físico....

La ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), arts. 26 establece que en caso de riesgo inminente para la salud la opción por parte de las autoridades sanitarias de aprobar medidas preventivas pertinentes, como “la incautación o inmovilización de productos, suspensión del ejercicio de actividades, cierres de empresas o sus instalaciones, intervención de medio materiales y personales y cuantas otras se consideren sanitariamente justificadas”^{5,6}.

Según lo decretado en Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública (LOMESP), art. 3 dispone que con la finalidad de controlar enfermedades transmisibles pueden adoptar medidas preventivas generales y para control de los enfermos ^{5,7}.

La pandemia de SARS-CoV-2 con sus restricciones llevó consigo graves consecuencias en los pacientes inmovilizados y sus cuidadores. La falta de accesibilidad al Centro de Salud durante los meses del estado de alarma (Marzo – Junio 2020) ha sido uno de los principales problemas a los que se han visto sometido dichos pacientes a la hora del control de sus patologías crónicas, repercutiendo en su calidad de vida⁸.

Esta nueva situación forzó al sistema sanitario a una adaptación en la forma de ejercer la medicina desde los Centros Sanitarios de Atención Primaria, pasando de una medicina presencial tradicional a la telemedicina/medicina telefónica o no presencial¹⁵. La medicina no presencial presenta ventajas para los pacientes como el coste e inconvenientes de los traslados a los Centros Sanitarios y disminuir el riesgo de contagio por SARS-CoV-2^{14,15}. Aunque esta adaptación con la telemedicina ha tenido un buen recibimiento y ventajas, trajo consigo barreras siendo un reto para unos de los sectores más vulnerables de la sociedad, como son las personas dependientes/inmovilizadas en domicilio. Durante la pandemia este sector de pacientes ha recibido menor atención desde los Centros de Salud de Atención Primaria^{9,10}. Según diversos estudios, se ha identificado mayor porcentaje de inmovilizados/dependiente en zonas rural que zonas urbanas⁸. Antes de realizar una consulta mediante telemedicina debemos preguntar si es lo que necesita nuestro paciente o se beneficiaría más de una cita presencial.

Revisando la bibliografía se ha encontrado abundante literatura científica sobre la vía de contagio, el tratamiento y pronóstico de los pacientes afectados por la Covid-19, pero apenas encontramos artículos sobre el efecto en la salud del confinamiento y en especial en los enfermos con patología crónica e inmovilizados, considerados pacientes

de alto riesgo^{8,10}. Aunque si se han encontrado artículos relacionados con el grado de satisfacción de los pacientes con el nuevo modelo de consulta no presencial. Según el estudio de Rodríguez et al.¹⁶ en España sobre el uso de la telemedicina en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 demostró que el 75% de los pacientes con esta patología les agradaba el seguimiento mediante telemedicina. Mair et al.¹⁷ realizaron una revisión sistemática sobre la satisfacción de los pacientes con la telemedicina donde concluyeron que la teleconsulta es aceptable para los pacientes pero las metodologías eran demasiado diversas para sacar resultados concluyentes. El estudio realizado en Portugal de Gomes-de Almeida et al.¹⁵ sobre el grado de satisfacción de los usuarios con la telemedicina durante la pandemia revela que la mayoría de los pacientes estaban satisfechos con este nuevo planteamiento de la medicina.

Este tipo de pacientes con gran dependencia suelen ser asiduos en las consultas de atención primaria. Con el estado de alarma y las limitaciones de la atención primaria, secundaria a la desviación de los recursos sanitarios a la actuación contra el SARS-CoV-2, estos pacientes más vulnerables se han podido ver marginados y relegados a una atención sanitaria menos eficaz, respecto a las necesidades de las que estaban acostumbrados: lo que significa un detrimento en su calidad de vida y en el control de sus patologías¹¹.

En la Región de Murcia, como en el ámbito Nacional, existe un aumento del envejecimiento de la sociedad. En Murcia la proporción de mayores de 65 años en 2020 es alrededor del 15.9%, en 2010 fue de 13.5%, lo que supone un aumento de 2.4% en 10 años, según el Instituto Nacional de Estadística². En relación a los pacientes inmovilizados estadísticamente los datos del Servicio Murciano de Salud el 18% de los mayores de 65 años son pacientes inmovilizados¹. Según el Servicio Andaluz de Salud se

estima sobre el 15% de la población de 65 y más años¹⁸. Según la cartera de servicios de Atención Primaria de Castilla y León establece en el 11% de la población inmovilizada en mayor o igual a 65 años¹⁹.

En el actual Plan de Salud de la Región de Murcia (2010-2015) se incluye una sección para la atención a la población con mayor envejecimiento, este tipo de pacientes padecen más de una patología asociadas a incapacidad, lo que desencadenan una dependencia y mayor demanda de los recursos sanitarios.

Según los estudios en 2007 la frecuentación a los servicios de atención primaria en la Región de Murcia se situó en 5.7 visitas por habitante, superando en casi medio punto a la media española¹².

En la Región de Murcia están protocolizadas las actividades en la atención domiciliaria a pacientes inmovilizados en la Cartera de Servicios del Servicio Murciano de Salud cuyo objetivo general es garantizar la continuidad asistencial, la accesibilidad y la equidad en la atención integral de los pacientes que no puedan desplazarse al centro de salud, lo que supone:

- Para el paciente inmovilizado, permitirle continuar en su medio habitual el mayor tiempo posible, sintiéndose a la vez protegido y cuidado
- Para la familia (y/o cuidadores), construir un apoyo que facilite su colaboración y mejorar el grado de bienestar familiar (y/o cuidadores)
- Para la sociedad, disminuir el número de ingresos hospitalarios y disminuir la estancia media en los mismos, reduciendo de esta forma los elevados costes.

Como objetivos específicos incluye: valorar las necesidades básicas del inmovilizado y su entorno; identificar la repercusión del cuidado del inmovilizado en la dinámica familiar; fomentar la capacidad de autoatención y/o de atención informal; aumentar el grado de autonomía

del inmovilizado a través del aprendizaje de autocuidados y elaborar un plan de atención interdisciplinar con la unidad familiar¹.

Pero específicamente mediante los acuerdos de gestión de 2019 de la Región de Murcia respecto a la atención del paciente inmovilizado, se valoran los siguientes índices¹³:

- Screening de inclusión en el programa de inmovilizado (CIAP A28 según OMI-AP)
- Valoración por parte de Atención Primaria a nivel médica cuando se solicite por cuidadores
- Control y evolución de úlceras por presión.
- Planes de cuidados
- Registros de manera trimestral

1.1 Justificación del trabajo

Dada la situación única desencadenada por el estado de alarma de Marzo a Junio de 2020 pensamos que sería de interés enfocar como afectó esta crisis a la situación sanitaria de los pacientes inmovilizados en domicilio en relación con la atención primaria.

En este sentido, nos planteamos diseñar un trabajo de investigación para analizar la calidad de la asistencia sanitaria prestada desde atención primaria a este tipo de pacientes, durante el estado de alarma. De esa forma, se aportará conocimiento acerca de los aspectos mejorables en los servicios prestados en estados de gran excepcionalidad, como el ocurrido; y así, en caso que pudiera producirse de nuevo, poder mejorar la prestación de los servicios por parte de los Servicios de Salud, no sólo para el caso de la Región de Murcia sino para el resto de Comunidades

Autónomas, puesto que el actual sistema sanitario es bastante homogéneo en España.

2. Pregunta clínica en formato PICO

¿Cómo afectó el estado de alarma (Marzo-Junio 2020) en la calidad de vida a los pacientes inmovilizados?

P (pacientes): Pacientes inmovilizados usuarios de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud.

I (intervención): valoración de la calidad de vida de los pacientes inmovilizados previo al estado de alarma

C (comparación): valoración de la calidad de vida de los pacientes inmovilizados al finalizar el estado de alarma

O (resultados): Comparar la calidad de vida antes y después del estado de alarma

Tipo de pregunta: Estudio de comparación de prevalencias

3. Hipótesis

Basándonos en la evidencia sabemos que:

- En la Región de Murcia, existe un 18% de pacientes mayores de 65 años inmovilizados en domicilio.

- Los pacientes inmovilizados presentan un grado elevado de vulnerabilidad.

- El estado de alarma obligó al confinamiento de la población y reestructuró la atención sanitaria prestada desde atención primaria, dándole un mayor protagonismo a la telemedicina.

Por tanto, la hipótesis de este estudio es: si la asistencia prestada a pacientes inmovilizados desde atención primaria en el confinamiento domiciliario durante el estado de alarma, fue o no deficitaria, afectando a la calidad de vida de los mismos.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

El objetivo de este estudio es analizar el efecto de la atención sanitaria recibida durante el confinamiento domiciliario decretado por el estado de alarma en los meses de Marzo-Junio de 2020 sobre la calidad de vida y comorbilidades de una muestra de pacientes inmovilizados, usuarios de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud.

4.2 Objetivos Secundarios

- Describir las características sociodemográficas de la muestra a estudio.
- Comprobar la efectividad de la asistencia sanitaria no presencial durante el estado de alarma frente a la presencial en periodos anteriores. En aspectos relacionados con los indicadores de salud recogidos en los programas de atención domiciliaria al paciente inmovilizado.
- Comprobar si la asistencia no presencial incrementó la demanda urgente de estos pacientes frente a la programada.
- Valorar cambios a destacar en la calidad de vida, así como alteraciones de las patologías crónicas ya recogidas previamente durante el estado de alarma.

- Averiguar si existen diferencias en ese tipo de indicadores entre pacientes adscritos a centros de salud más urbanos frente a los más rurales.

- Objetivar el estado del cuidador antes y después del estado de alarma.

- Grado de satisfacción con la telemedicina recibida, tanto del paciente como de su cuidador/a.

5. Materiales y métodos

5.1 Tipo de estudio más apropiado:

Estudio retrospectivo con diseño transversal de 12 meses de duración realizados en pacientes inmovilizados usuarios de atención primaria de los Centros de Salud de Calasparra, Consultorio Murta, Centro de Salud del Barrio Peral y Centro de Salud La Flota – Vista Alegre.

5.2 Población diana y población a estudio

La población de referencia es la población inmovilizada mayor de 65 años asistida desde atención primaria en varios Centros de Salud del Servicio Murciano de Salud

Será criterio de inclusión:

- Hombres y mujeres de 65 años de edad en adelante que cumplan los criterios de paciente inmovilizado (CIAP A82) según el sistema informático OMI-AP y que tengan historia clínica informatizada abierta en dicho sistema.
- Pacientes usuarios de Centros de Salud seleccionados durante un periodo de 18

meses, desde enero de 2019 hasta junio de 2020 (se incluye el estado de alarma)

- Índice de Katz o valoración funcional para las actividades de la vida diaria (Anexo II) >C para incorporación en el programa

Serán criterios de exclusión:

- Traslado del usuario fuera del ámbito geográfico de la Comunidad Autónoma de Murcia
- Mejora de la autonomía o resolución del proceso invalidante
- Ingreso institucional (Hospital, Residencias...)
- Inclusión en el servicio de Atención a Personas en Situación Terminal
- Éxitus
- El no consentimiento (Anexo I) para participar en el estudio por parte del paciente, de su representante legal o cuidador/a.

5.3 Método de muestreo y cálculo muestral

Para realizar el cálculo del tamaño muestral se ha usado el programa informático Epidat[®]. Se usará la población mayor de 65 años en la Región de Murcia, 238027 habitantes, de los cuales según las estadísticas el 18% de la población mayor de 65 años es inmovilizada. Con un nivel de confianza del 95% y una precisión de +/- 3, necesitaríamos un tamaño muestral de 139.

5.4 Recogida de datos

Para este estudio se extraerán, de las historias clínicas, la información de las escalas validadas correspondientes para valorar la situación familiar, del cuidador/a y del paciente. El índice de Katz o valoración funcional para las actividades de la vida diaria (Anexo

II) que debe ser $>C$ se calculará y será criterio de inclusión para la incorporación al estudio. Para analizar la valoración de la situación sociofamiliar se utilizará el test de Gijón (Anexo III). Mientras que para averiguar la sobrecarga de la persona cuidadora principal se administrará el Test de Zarit (Anexo IV). Dentro de un espectro más clínico, se valorará también la presencia de úlceras por presión con la escala Arnell (Anexo V), registrando nuevos episodios, grado y localización¹³

Los datos se recogerán de las historias clínicas registradas en el programa informático OMI-AP, a través del cuestionario de recogida de datos (Anexo VI), donde se encuentran todas las variables a estudio.

5.5 Variables

- **Edad.** Cuantitativa discreta.
- **Sexo:** masculino /femenino. Cualitativa nominal.
- **Centro de salud:** rural / urbano / consultorio. Cualitativa nominal.
- **Causa de la inmovilización en domicilio.** Cualitativa nominal.
- **Duración de la inmovilización en domicilio (años).** Cuantitativa discreta.
- **Número de consulta realizadas antes, durante y después del estado de alarma:** Urgencias / atención continuada / visitas programadas.... Cuantitativa discreta.
- **Ingresos hospitalarios antes, durante y después del estado de alarma:** fecha de ingreso y fecha de alta, causa del ingreso y hospital. Cuantitativa discreta.
- **Ingresos hospitalarios antes, durante y después del estado de alarma:** Cualitativa nominal
- **Número de días hospitalizado.** Cuantitativa discreta
- **Comorbilidades asociadas:**
 - Diabetes mellitus. Si / No. Cualitativa dicotómica
 - Hipertensión arterial. Si / No. Cualitativa dicotómica
 - Dislipemia. Si / No. Cualitativa dicotómica
 - Fibrilación auricular: Si / No. Cualitativa dicotómica
 - Insuficiencia Cardíaca: Si / No. Cualitativa dicotómica

- Cardiopatía isquémica: Si / No. Cualitativa dicotómica
- Demencia/Enfermedad de Alzheimer: Si / No. Cualitativa dicotómica
- Enfermedad de Parkinson: Si / No. Cualitativa dicotómica
- Accidente Cerebrovascular: Si / No. Cualitativa dicotómica
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): Si / No. Cualitativa dicotómica
- Insuficiencia Renal Crónica: Si / No. Cualitativa dicotómica
- Otros: Si / No. Cualitativa dicotómica

- **Datos 2019**

- Índice de Katz: A; B; C; D; E; F; G; H. Cualitativa ordinal
- Test de Gijón: buena; riesgo social; problemática social. Cualitativa ordinal
- Test de Zarit: no sobrecarga; sobrecarga; sobrecarga leve; sobrecarga intensa. Cualitativa ordinal
- Escala de Arnell: Riego de úlcera: Si / No. Cualitativa dicotómica
- Estadio: I, II, III, IV. Cualitativa ordinal
- Localización: sacro; trocánter; glúteo; codos; maléolos; talón. Cualitativa nominal
- Ajuste de tratamiento: Si / No. Cualitativa dicotómica
- Episodios de urgencias: Cuantitativa continua
- Aumento de comorbilidades: Si / No. Cualitativa dicotómica

- **Datos 2020**

- Índice de Katz: A; B; C; D; E; F; G; H. Cualitativa ordinal
- Test de Gijón: buena; riesgo social; problemática social. Cualitativa ordinal
- Test de Zarit: no sobrecarga; sobrecarga; sobrecarga leve; sobrecarga intensa. Cualitativa ordinal
- Escala de Arnell: Riego de úlcera: Si / No. Cualitativa dicotómica

- Estadio: I, II, III, IV. Cualitativa ordinal
- Localización: sacro; trocánter; glúteo; codos; maléolos; talón. Cualitativa nominal
- Ajuste de tratamiento: Si /No. Cualitativa dicotómica
- Episodios de urgencias: Cuantitativa continua
- Aumento de comorbilidades: Si / No. Cualitativa dicotómica
- **Grado de satisfacción con la Telemedicina:** se medirá con una escala de Likert de 5 categorías: 1 (nada satisfecho); 2 (poco satisfecho); 3 (satisfecho); 4 (bastante satisfecho); 5 (Completamente satisfecho). Cualitativa ordinal

5.6 Análisis estadístico

Para la recogida de datos usaremos el programa Microsoft Excel y para el análisis estadístico usaremos el programa informático estadístico SPSS® versión 23.

Las variables cualitativas se expresarán mediante frecuencia e intervalo de confianza 95% (IC95%).

Las variables cuantitativas se expresarán mediante medias y desviaciones típicas.

Para la comparación entre los dos años se usará para las variables cuantitativas y sus medias, la t-Student y para las variables cualitativas con porcentajes mediante el test Chi Cuadrado. Se aceptará que un resultado es significativo cuando la p sea menor o igual a 0.05.

Se estimarán los riesgos de empeoramiento en la calidad de vida a partir de modelos de regresión logística. La variable dependiente será ingresos hospitalarios dicotomizada (sí/no) y se ajustarán por la edad, sexo, número y tipo de consultas realizadas antes, durante y después del confinamiento, comorbilidades y otras variables que hayan resultado de interés en bivariado. Se obtendrán así las OR con sus IC95%.

5.7 Estrategia de búsqueda bibliográfica

La estrategia de búsqueda se basó en realizar una búsqueda bibliográfica sobre el tema en las principales fuentes de bases de datos de ciencias de la salud como son: Cochrane Library; Pubmed; Uptodate; Dynamed; IME; Guía de salud; Preevid.

Las palabras claves para la búsqueda según términos Mesh fueron:

- Frailelderly;
- Aged;
- Health of thedisabled;
- Disabledpersons;
- Quality of life;
- PrimaryHealthCare;
- Coronavirus Infections;
- Pandemics;
- Alarm;
- Telemedicine

6. Aplicabilidad y utilidad de los resultados

Este estudio nos ayudará a conocer el perfil sociodemográfico de los pacientes inmovilizados y usuarios de atención primaria del Servicio Murciano de Salud, así como de sus comorbilidades y su calidad de vida. Con esto podíamos desarrollar nuevos protocolos o planes de cuidados en función de las necesidades de nuestros pacientes.

Otro beneficio sería conocer como han pasado los inmovilizados el estado de alarma ocasionado por el SARS- CoV-2, si han presentado cambios en su calidad de vida para crear proyectos de control de los pacientes inmovilizados en posibles

estadístico												
5ª Fase: Obtención de resultados. Extracción de conclusiones. Difusión científica												

8. Limitaciones y sesgos

Una de las principales limitaciones que podemos encontrar es que no todos los pacientes inmovilizados estén registrados como inmovilizados en el programa informático de atención primaria OMI-AP, perdiendo así algún paciente. Otro problema sería a la hora de realizar la recogida de los datos que no estén todos correctamente registrados en la historia clínica del paciente, en tal caso ese dato lo analizaríamos como dato nulo. Otro de los sesgos que podemos tener son los debidos por pérdidas de pacientes por fallecimiento.

9. Consideraciones éticas

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a la aplicación de del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

Para llevar a cabo este proyecto se solicitará la aprobación al comité de ética correspondiente y se seguirán las recomendaciones pertinentes. Se realizará un consentimiento informado verbal (Anexo I), vía telefónica, para recabar la

autorización del paciente o su representante legal para poder acceder a la historia clínica informatizada, así como para contestar al cuestionario sobre satisfacción. Se grabará cada conversación con el paciente para tal fin y esos audios serán custodiados por el investigador principal del estudio durante 5 años.

La información recogida en los CRD de cada paciente será volcada a una base de datos en SPSS. La base de datos será custodiada por el investigador principal del proyecto y estará anonimizada, sin datos de carácter personal que puedan identificar al paciente.

10. Presupuesto

Presupuesto solicitado	Coste
GASTOS DE EJECUCIÓN	
Paquete estadístico: SPSS.....	2000€
Un ordenador portátil y una impresora.....	700€
Material de oficina y papelería: Folios, fotocopias, bolígrafos, tinta para impresora.....	100€
Llamadas telefónicas.....	30€
Subtotal:	2830€
DESPLAZAMIENTOS Y DIETAS	
a) Viajes y dietas	
1 congreso (al finalizar el estudio).....	600€
b) Gastos de divulgación	
Publicación en revista de acceso abierto.....	1000€
Subtotal	1600€
Total	4430€

11. Bibliografía

1. Cartera de servicios del Servicio Murciano de Salud (SMS) [Internet]. Consejería de Sanidad, Servicio Murciano de Salud; Murcia; 2007. [Fecha de acceso 08 de abril de 2021]. URL disponible en:

https://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=1303&idsec=88

2. Esperanza de vida. Instituto Nacional de Estadística. Mujeres y hombres en España 2020. Salud (actualizado el 5 de Junio 2020). Disponible en:

https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout

3. Gómez-Batiste X, Espinosa J, Porta-Sales J, Benito E. Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. Med Clin (Barc). 2010; 135(2):83–89.

4. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. 2008. [Fecha de acceso 5 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/revistas/cifraine/1009.pdf>

5. Sarrión Esteve, J. La competencia de las autoridades sanitarias para restringir derechos en situación de crisis sanitaria. Gac Sanit. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.009>

6. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), arts. 25 y 26. [Fecha de acceso 5 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

7. Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública (LOMESP), art. 3. [Fecha

de acceso 5 de marzo de 2021]. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10498>

8. Segrelles-Calvo, G., de Granda-Orive, J.I., López-Padilla, D., Zamora García E. Therapeutic Limitation in Elderly Patients: Reflections Regarding COVID19. Arch Bronconeumol (Engl Ed). 2020; 56(10):670–683. DOI: 10.1016/j.arbres.2020.05.036. Epub 2020 Jun 17.

9. Annaswamy T.M., Verduzco-Gutierrez M., Frieden L. Telemedicine barriers and challenges for persons with disabilities: COVID-19 and beyond. Disabil. Health J. 2020; 13:100973. doi: 10.1016/j.dhjo.2020.100973. Disponible en
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7346769/pdf/main.pdf>

10. Prieto Rodríguez M.A., March Cerdá J.C., Martín Barato A., et al. Repercusiones del confinamiento por COVID-19 en pacientes crónicos de Andalucía. Gac Sanit. 2020 Nov 21 Spanish. DOI: [10.1016/j.gaceta.2020.11.001](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.11.001)

11. Hartmann-Boyce J, Mahtani KR. Supporting people with long-term conditions (LTCs) during national emergencies. The Oxford COVID-19 Evidence Service Team. Oxford: Centre for Evidence-Based Medicine, University of Oxford; 2020. Disponible en: <https://www.cebm.net/covid-19/supporting-people-with-longterm-conditions-ltcs-during-national-emergencies/>

12. Plan Salud Región 2010-2015 de la Región de Murcia [Internet]. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2010. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/185877-Plan_salud_2010-2015.pdf

13. Acuerdo de Gestión 2019 [Internet]. Gerencia del Área de Salud IV. Servicio Murciano de Salud (SMS) E.A.P. Calasparra. 31.01.2019 [Fecha de acceso 18 de marzo de 2021] URL disponible en: https://www.murciasalud.es/carrera/C2019/AG/AREA_IV_Acuerdo_de_Gestion_2019.pdf

14. Eguia H., Vinciarelli F., Villoslada Muñiz R.L., Sanz García F.J. Consulta no presencial en tiempos de coronavirus: información para médicos de Atención Primaria. 202. DOI: 10.1016/j.semerng.2020.08.005 <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semerng-40-articulo-consulta-no-presencial-tiempos-coronavirus-S1138359320303129>

15. Gomes-de Almeida S., Marabujo T., do Carmo-Gonçalves M. Grado de satisfacción de los pacientes de la Unidad de Salud Familiar Vitrius con la teleconsulta durante la pandemia del COVID-19. 2021; DOI: 10.1016/j.semerng.2021.01.005. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semerng-40-avance-resumen-grado-satisfaccion-pacientes-unidad-salud-S1138359321000563>

16. Rodríguez-Fortúnez P., Franch-Nadal J., Fornos-Pérez J.A., Martínez-Martínez F., De Paz H.D., Orera-Peña M.L. Cross-sectional study about the use of telemedicine for type 2 diabetes mellitus management in Spain: patient's perspective The EnREDa2 Study. BMJ Open. 2019;9:e028467. doi: 10.1136/bmjopen-2018-028467. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028467>

17. Carallo C., Scavelli F.B., Cipolla M., Merante V., Medaglia V., Irace C., et al. Management of Type 2 Diabetes Mellitus through Telemedicine. PloS One. 2015; 10:e0126858. doi: 10.1371/journal.pone.0126858. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0126858>

18. Atención a personas inmovilizadas [Internet]. Cartera de Servicios de Atención Primaria, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de salud y familias 2006 [citado 10 abril 2021]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria/i-area-de-atencion->

[la-persona/2-atencion-especifica/28-atencion-personas-en-domicilio/282-atencion-personas-inmovilizadas](#)

19. Atención a personas inmovilizadas [Internet]. Cartera de Servicios de Atención Primaria. 2006 [citado 10 abril 2021]. Disponible en: <http://www.laalamedilla.org/GUIAS/CARTERA%20SERVICIOS%202006.pdf>



12. Anexos

12.1. Anexo I: Información al paciente y/o cuidador/a principal del paciente y formulario de consentimiento informado

INFORMACIÓN AL PACIENTE Y/O CUIDADOR/A PRINCIPAL

Título del estudio: Influencia del estado de alarma durante la pandemia por SARS-Cov2 sobre la atención sanitaria y calidad de vida de los pacientes inmovilizados en domicilio.

Nombre investigador: Nuria Vicente Gilabert

Centro de Trabajador: Médico de Familia del Centro de Salud de Calasparra

Teléfono: 968 72 01 54

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre su participación en el estudio de investigación que ha sido aprobado por el Comité Ético. Nuestra intención es que reciba información correcta para evaluar y juzgar si quiere o no participar. Es importante que entienda por qué es necesaria esta investigación, lo que va a implicar su participación, cómo se va a utilizar su información y sus posibles beneficios, riesgos y molestias. Por favor, lea atentamente esta hoja informativa.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA Y RETIRADA DEL ESTUDIO

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con los profesionales del centro, ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio consiste en recoger datos informatizados sobre demografía y calidad de vida de los pacientes inmovilizados, así como contestar un cuestionario de satisfacción vía telefónica de 3 minutos de duración sobre su agrado con la telemedicina, para analizar la calidad de la asistencia sanitaria prestada desde atención primaria a este tipo de pacientes, durante el estado de alarma.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a la aplicación de del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD)

INFORMACIÓN ADICIONAL

Tal y como exige la ley, para participar deberá dar visto bueno mediante entrevista telefónica el documento de consentimiento informado.

El investigador principal de este estudio es Nuria Vicente Gilabert.

Si durante la realización de este estudio le surge alguna cuestión relacionada con el puede consultar con ella en el teléfono que se le ha facilitado.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Proyecto: Influencia del estado de alarma durante la pandemia por SARS-Cov2 sobre la atención sanitaria y calidad de vida de los pacientes inmovilizados en domicilio.

La paciente o cuidador/a principal,

_____ he sido informado vía verbal por _____, investigador del citado proyecto de investigación, y declara que:

- Ha entendido la Hoja de Información
- Ha podido hacer preguntas sobre el estudio
- Ha recibido respuestas satisfactorias a sus preguntas
- Ha recibido suficiente información sobre el estudio

Comprende que la participación es voluntaria y los datos serán tratados confidencialmente.

Comprende que puede retirarse del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en sus cuidados médicos

Con esto da su conformidad para participar en este estudio:

Fecha:

DNI del paciente:

Firma del investigador:

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

El paciente o cuidador/a principal,
_____ revoca el consentimiento
de participación en el estudio, arriba firmado, con fecha

Firma Investigador _____



12.2. Anexo II: Índice de Katz

Valoración Funcional de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Evalúa el grado de dependencia funcional del paciente para realizar seis tipos de actividades.

1. Baño	Independiente: Se baña solo o precisa ayuda para lavar alguna zona, como la espalda, o una extremidad con minusvalía Dependiente: Precisa ayuda para lavar más de una zona, para salir o entrar en la bañera, o no puede bañarse solo
2. Vestido	Independiente: Saca ropa de cajones y armarios, se la pone, y abrocha. Se excluye el acto de atarse los zapatos Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente desvestido
3. Uso del WC	Independiente: Va al WC solo, se arregla la ropa y se limpia Dependiente: Precisa ayuda para ir al WC
4. Movilidad	Independiente: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo, y puede levantarse de una silla por sí mismo Dependiente: Precisa ayuda para levantarse y acostarse en la cama o silla. No realiza uno o más desplazamientos
5. Continencia	Independiente: Control completo de micción y defecación Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción

	o defecación
6. Alimentación	<p>Independiente: Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente (se excluye cortar la carne)</p> <p>Dependiente: Precisa ayuda para comer, no come en absoluto, o requiere alimentación parenteral</p>

Representa ocho posibles niveles:

- A. independiente en todas sus funciones
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del WC y otra cualquiera
- F. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del WC, movilidad y otra cualquiera de las dos restantes
- G. Dependiente en todas las funciones
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificables como C, D, E o F

12.3. Anexo III: Test de valoración sociofamiliar de Gijón

Permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social. Se trata de una escala que consta de 5 variables.

A. Situación familiar

1. Vive con familia sin dependencia físico/psíquica
2. Vive con cónyuge de similar edad
3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia
4. Vive solo y tiene hijos próximos
5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados

B. Situación económica

1. Más de 1,5 veces el salario mínimo.
2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive.
3. Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva.
4. L.I.S.M.I. – F.A.S. – Pensión no contributiva.
5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior

C. Vivienda

1. Adecuada a necesidades.
2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas, estrechas, baños...)
3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, ausencia de agua caliente, calefacción).

4. Ausencia ascensor, teléfono.

5. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos).

D. Relaciones sociales

1. Relaciones sociales.

2. Relación social sólo con familia y vecinos

3. Relación social sólo con familia o vecinos.

4. No sale del domicilio, recibe visitas.

5. No sale y no recibe visitas

E. Apoyos de la red social

1. Con apoyo familiar o vecinal.

2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria.

3. No tiene apoyo.

4. Pendiente de ingreso en Residencia Geriátrica.

5. Tiene cuidados permanentes

Interpretación:

De 5 a 9: Buena/aceptable situación social

De 10 a 14 Existe riesgo social

Más de 15 Problema social

12.4. Anexo IV: Test de Zarit

Cuestionario que evalúa la sobrecarga de la persona cuidadora principal.

Se debe indicar con qué frecuencia se siente en cada uno de estos ítems siendo: 0=Nunca 1=Rara vez 2=Algunas veces 3=Bastantes veces 4=Casi siempre

Piensas que tu familiar te pide más ayuda de la que realmente necesitas? 0 1 2 3 4

¿Piensas que debido al tiempo que dedicas a tu familiar no tienes suficiente tiempo para ti? 0 1 2 3 4

¿Te sientes agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de tu familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)? 0 1 2 3 4

¿Sientes vergüenza por la conducta de tu familiar? 0 1 2 3 4

¿Te sientes enfadado/a cuando estás cerca de tu familiar? 0 1 2 3 4

¿Piensas que el cuidar de tu familiar afecta negativamente la relación que tú tienes con otros miembros de tu familia? 0 1 2 3 4

¿Tienes miedo por el futuro de tu familiar? 0 1 2 3 4

¿Piensas que tu familiar depende de ti? 0 1 2 3 4

¿Te sientes tenso cuando estás cerca de tu familiar? 0 1 2 3 4

¿Piensas que tu salud ha empeorado debido a tener que cuidar de tu familiar? 0 1 2 3 4

¿Piensas que no tienes tanta intimidad como te gustaría debido al cuidado de tu familiar? 0 1 2 3 4

¿Piensas que tu vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a tu familiar? 0 1 2 3 4

¿Te sientes incómodo por distanciarte de tus amistades debido al cuidado de tu familiar? 0 1 2 3 4

¿Piensas que tu familiar te considera a ti como la única persona que le puedes cuidar? 0 1 2 3 4

¿Piensas que no tienes suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a tu familiar, además de tus otros gastos? 0 1 2 3 4

¿Piensas que no serás capaz de cuidar a tu familiar por mucho más tiempo? 0 1 2 3 4

¿Sientes que has perdido el control de tu vida desde que comenzó la enfermedad de tu familiar? 0 1 2 3 4

¿Desearías poder dejar el cuidado de tu familiar a otra persona? 0 1 2 3 4

¿Te sientes indeciso sobre qué hacer con tu familiar? 0 1 2 3 4

¿Piensas que deberías hacer más por tu familiar? 0 1 2 3 4

¿Piensas que podrías cuidar mejor a tu familiar? 0 1 2 3 4

Globalmente, ¿qué grado de «carga» experimentas por el hecho de cuidar a tu familiar? 0 1 2 3 4

Puntuación:

<46: no sobrecarga

46 – 47: sobrecarga

47 – 55: Sobrecarga leve

>55: Sobrecarga intensa.

12.5. Anexo V: Escala de Arnel

Escala de valoración de riesgo de úlceras por presión.

Variable	0	1	2	3
Estado mental	Despierto y orientado	Desorientado	Letárgico	Comatoso
Incontinencia (se dobla la puntuación).	No	Ocasional, nocturno o por stress	Urinaria (solamente)	Urinaria e intestinal
Actividad (se dobla la puntuación)	Se levanta de la cama sin problemas	Camina con ayuda	Se sienta con ayuda	Postrado en cama
Movilidad (se dobla la puntuación)	Completa	Limitación ligera (ej. Paciente artrósico con articulaciones rígidas)	Limitación importante (parapléjico)	Inmóvil (tetrapléjico comatoso).
Nutrición	Come de forma satisfactoria	Ocasionalmente rechaza la comida o deja cantidades considerables (se le debe animar a ingerir líquidos)	No suele tomar ninguna comida completa. Deshidratado. Ingesta mínima de líquidos.	No come
Aspecto de la piel	Buena	Área enrojecida	Pérdida de continuidad de la piel a nivel de úlcera de grado I	Edema con fóvea. Discontinuidad de la piel ulcerada, grado II
Sensibilidad cutánea	Presente	Disminuida	Ausente en extremidades	Ausente.

El riesgo de úlcera por decúbito aparece con puntuaciones iguales o mayores de 12

Clasificación – Estadiaje de úlceras por presión

Estadio I:

Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados.

En comparación con un área (adyacente u opuestas) del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos:

-Temperatura de la piel (caliente o fría)

-Consistencia del tejido (edema, induración)

-Y/o sensaciones (dolor, escozor)

Estadio II:

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas.

Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

Estadio III:

Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.

Estadio IV:

Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.).

En este estadio como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

En todos los casos que procedan, deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera.



12.6. Anexo IV Hoja de recogida de datos

Código:

Sexo: Hombre Mujer

Edad: _____ años

- **Centro de salud:** rural / urbano / consultorio.
- **Causa de la inmovilización en domicilio:**
- **Duración de la inmovilización en domicilio:**
- **Consultas realizadas:**
 - **Antes del estado de alarma:**
 - Urgencias:
 - Atención continuada:
 - Programadas:
 - **Durante el estado de alarma:**
 - Urgencias:
 - Atención continuada:
 - Programadas:
 - **Después del estado de alarma:**
 - Urgencias:
 - Atención continuada:
 - Programadas:
- **Ingresos hospitalarios:**
 - **Antes del estado de alarma:**
 - Fecha ingreso y alta:
 - Número de días ingresado:
 - Causa:
 - Hospital:
 - **Durante el estado de alarma:**
 - Fecha ingreso y alta:
 - Número de días ingresado:
 - Causa:
 - Hospital:
 - **Después del estado de alarma:**
 - Fecha ingreso y alta:
 - Número de días ingresado:

- Causa:
- Hospital

- **Comorbilidades asociadas:**

- Diabetes mellitus. Si / No.
- Hipertensión arterial. Si / No.
- Dislipemia. Si / No.
- Fibrilación auricular: Si / No.
- Insuficiencia Cardíaca: Si / No.
- Cardiopatía isquémica: Si / No.
- Demencia/Enfermedad de Alzheimer: Si / No.
- Enfermedad de Parkinson: Si / No.
- Accidente Cerebrovascular: Si / No.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): Si / No.
- Insuficiencia Renal Crónica: Si / No.
- Otros: Si / No. Especificar:

- **Datos 2019**

- Índice de Katz: A; B; C; D; E; F; G; H.
- Test de Gijón: buena; riesgo social; problemática social.
- Test de Zarit: no sobrecarga; sobrecarga; sobrecarga leve; sobrecarga intensa.
- Escala de Arnell: Riego de úlcera: Si / No.
- Estadio: I, II, III, IV.
- Localización: sacro; trocánter; glúteo; codos; maléolos; talón.
- Ajuste de tratamiento: Si / No.
- Episodios de urgencias:
- Aumento de comorbilidades: Si / No.

- **Datos 2020**

- Índice de Katz: A; B; C; D; E; F; G; H.
- Test de Gijón: buena; riesgo social; problemática social.
- Test de Zarit: no sobrecarga; sobrecarga; sobrecarga leve; sobrecarga intensa.

- Escala de Arnell: Riego de úlcera: Si / No. Cualitativa dicotómica
- Estadio: I, II, III, IV.
- Localización: sacro; trocánter; glúteo; codos; maléolos; talón.
- Ajuste de tratamiento: Si /No.
- Episodios de urgencias:
- Aumento de comorbilidades: Si / No.
- **Grado de satisfacción con la Telemedicina:** 1 (nada satisfecho); 2 (poco satisfecho); 3 (satisfecho); 4 (bastante satisfecho); 5 (Completamente satisfecho).



