

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título: ATENCIÓN A PACIENTES ANCIANOS CON
PATOLOGÍAS CRÓNICAS DURANTE COVID-19 EN
ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA IX DEL SMS.

Alumno: ABOLAFIO GÓMEZ, BEATRIZ

Tutor: PALLARES CARRATALÁ, VICENTE

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria
Curso: 2021-2022

ANEXO COIR:

Adjuntamos el documento de ADMITIDO A TRÁMITE. Este documento certifica que ha iniciado el procedimiento e incluye la información completa de la solicitud enviada.

Datos de la actividad:

- CÓDIGO PROVISIONAL: **220601125806**
- Nombre del tutor/a: **Vicente Pallares Carratala**
- Nombre del estudiante: **Beatriz Abolafio Gómez**
- Procedencia del estudiante: **Máster Universitario en Investigación en Atención Primaria**
- Tipo de actividad: **6. Actividad de investigación técnica (publicable y no aplican las opciones 7-11)**
- Título de la actividad: **ATENCIÓN A PACIENTES ANCIANOS CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS DURANTE COVID-19 EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA IX DEL SMS.**

Un cordial saludo,



RESUMEN:

Introducción: La crisis sanitaria provocada por la epidemia de COVID-19 forzó a tomar medidas drásticas y urgentes para frenar su propagación. En España, se proclamó el estado de alarma desde marzo hasta junio de 2020 lo que implicó el confinamiento de la sociedad. El sistema sanitario debió adaptar la forma de trabajar y cuidar a los pacientes de manera rápida y sin precedentes. La principal adaptación fue la telemedicina, entendida como, medicina telefónica o no presencial. Se pretende relacionar el uso de esta telemedicina con el grado de satisfacción de los usuarios mayores de 65 años con patologías crónicas. En concreto nos centraremos en los usuarios del Área IX de salud del SMS. Relacionamos la pandemia con los cuidados a estos usuarios. **Objetivo:** El objetivo general de este estudio es analizar el grado de satisfacción de los pacientes mayores de 65 años y con al menos una patología crónica, durante el confinamiento por COVID-19 en el área IX de salud del Servicio Murciano de Salud. **Metodología:** Este protocolo de investigación es un diseño transversal. Para la recogida de datos se utilizarán tanto los datos procedentes de la historia clínica del paciente de OMI-AP y Selene así como un cuestionario de satisfacción en el que se usará la escala psicométrica Likert para medir el grado de satisfacción. Para el desarrollo de este estudio, se contará con la colaboración del Servicio Murciano de Salud y cuatro centros de Atención Primaria de la Región de Murcia. Derivado de la ejecución del presente proyecto se pretende valorar con mayor especificidad cuales son los puntos clave para la baja satisfacción de los usuarios. Además, los posibles resultados podrían darnos pistas y servir de base para la ideación de planes de intervención y protocolos de actuación de prevención/intervención para mejorar la percepción subjetiva de los usuarios y los esfuerzos profesionales.

Palabras clave: Anciano, Enfermedad crónica, Infección por coronavirus, SARS-CoV-2, Atención primaria, Telemedicina, COVID-19.



ABSTRACT:

Introduction: The health crisis caused by the COVID-19 epidemic forced drastic and urgent measures to be taken to curb its spread. In Spain, a state of alarm was proclaimed from March until June 2020, which implied the confinement of society. The healthcare system had to adapt the way it worked and cared for patients in a rapid and unprecedented manner. The main adaptation was telemedicine, understood as telephone or non-face-to-face medicine. The aim is to relate the use of this telemedicine to the degree of satisfaction of users over 65 years of age with chronic pathologies. Specifically, we will focus on users in Area IX of the SMS health system. We relate the pandemic to the care provided to these users.

Objective: The general objective of this study is to analyse the degree of satisfaction of patients over 65 years of age and with at least one chronic pathology during COVID-19 confinement in health area IX of the Murcian Health Service. **Methodology:** This research protocol is a cross-sectional design. For data collection, we will use data from the patient's clinical history from OMI-AP and Selene as well as a satisfaction questionnaire in which the psychometric Likert scale will be used to measure the degree of satisfaction. The Murcian Health Service and four Primary Care centres in the Region of Murcia will collaborate in the development of this study. The aim of this project is to assess with greater specificity which are the key points for low user satisfaction. In addition, the possible results could provide clues and serve as a basis for devising intervention plans and protocols for prevention/intervention to improve the subjective perception of users and professional efforts.

Keywords: Elderly, Chronic disease, Coronavirus infection, SARS-CoV-2, Telemedicina, Primary Health care, COVID-19, Bioethics.

MH

ÍNDICE

I-INTRODUCCIÓN	7
1.1- Contextualización del problema	7
1.2- Justificación	9
1.3-Hipótesis	11
1.4-Pregunta de investigación	12
1.5-Pregunta PICO	12
1.6-Objetivos	13
1.6.1- Objetivo general	13
1.6.2- Objetivos específicos	13
1.7- Aplicabilidad de los resultados	13
II- METODOLOGÍA	14
2.1- Tipo de diseño	14
2.2- Población diana y población de estudio	14
2.3- Método de muestreo y cálculo muestral	15
2.4- Método de recogida de muestras	16
2.5- Variables del estudio	16
2.6-Descripción de la intervención	17
2.7- Descripción del seguimiento si lo hubiera	17
2.8- Análisis estadístico	17
2.9- Estrategia de búsqueda bibliográfica	18
III-APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS	19
IV-PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA	20
V-LIMITACIONES Y SESGOS	21
VI- LIMITACIONES ÉTICAS	21

MH

VII- PRESUPUESTO	22
VIII- BIBLIOGRAFÍA	23
IX- ANEXOS	27
Anexo 1. CUESTIONARIO DE RECOGIDA DE DATOS	28
Anexo 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	29



MH

ATENCIÓN A PACIENTES ANCIANOS CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS DURANTE COVID 19 EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA IX

I-INTRODUCCIÓN

1.1- Contextualización del problema:

A principios del año 2019 se detectó en China, en Wuhan más concretamente, una neumonía de origen desconocido con una facilidad para el contagio asombrosa. (18). Una vez se aisló el virus causante se vio que formaba parte de la familia Coronarividae, se le nombró Coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS- CoV-2), y a la enfermedad COVID-19. (1).

El 31 de enero de 2020 se halló en España el primer caso de COVID-19 en las Islas Canarias, en la Gomera, y el 24 de febrero el primero en el área peninsular. Para finales de febrero ya había más de 85.000 casos detectados y el virus estaba presente en todos los continentes. Fue el 11 de marzo de 2020 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS), ante la rápida expansión del virus, decretó el estado de pandemia mundial. (2).

Dadas las circunstancias, el día 14 de marzo de 2020 España, con 5.232 contagiados y 133 muertos (3), declara el estado de alarma, decretando medidas de distanciamiento social y cuarentena; así como, el cierre completo de lugares de ocio, educativos y culturales y la mayoría del tejido empresarial. Unos días más tarde, el 19 de marzo de 2020 se produjo la primera muerte de una enfermera de 52 años por COVID-19 entre el personal sanitario en el centro hospitalario de Basurto. (4)

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), actualmente en España hay más de 19 millones de personas que padecen alguna enfermedad crónica, el 49,3% de hombres y el 59,1% de mujeres de la población española mayor de 15 años. (5) Siendo el porcentaje mayor en las mujeres en todas las



agrupaciones de edad. (5) Podemos suponer entonces que un alto porcentaje de estas personas sea mayor de 65 años. Este será el grupo de edad en el que se centre este estudio.

En un estudio del hospital Universitario de Albacete se describieron que las prevalencias de enfermedad crónica y morbilidad en personas mayores de 65 años era de entre el 52,3 y el 98% dependiendo de la metodología empleada (9). Estos pacientes acuden regularmente al centro de salud para su seguimiento y los cuidados correspondientes a sus patologías crónicas. Desde que se impusieron las medidas de confinamiento domiciliario y cierre de los negocios también se limitó la entrada a los centros de salud. El Real Decreto 463/2020 incorporaba estrictas medidas de confinamiento domiciliario, cuarentena y aislamiento social. (10). Ya en enero de 2020 la OMS daba pautas de actuación ante el COVID-19 y estableció como principal grupo de riesgo ante la enfermedad a aquellas personas mayores de 70 años. (14). Entre el 10 y el 38% de los mayores de nuestro país tiene un diagnóstico de fragilidad, es decir, es un colectivo con alta prevalencia de vulnerabilidad. (15). España es un país envejecido, posee un alto porcentaje personas mayores de 65 años cercano al 19% (8,764,204), de los cuales un 4% (aproximadamente 366,633) viven en residencias, entre ellas, solo el 27% son de titularidad pública. (14).

A partir del 14 de marzo de 2020, resultante de la crisis sanitaria y las medidas de aislamiento impuestas por el gobierno, estos pacientes, los más mayores, lidiaron con la ruptura de una secuencia de rutinas y actuaciones que son la base de sus cuidados. (19) Aunque desde los centros de salud se ha procurado mantener una continuidad asistencial tanto domiciliaria como telefónica con dichos pacientes, en la mayoría de casos, la atención primaria se ha encontrado desbordada con la carga de trabajo proveniente de la situación global. Además, estos pacientes, desde el inicio de la pandemia fueron nombrados como los más vulnerables, de alto riesgo, y aquellos que tenían que seguir las cuarentenas domiciliarias más estrictas. Tanto es así que, para



mediados de abril la mortalidad de la infección por COVID-19 era del 2,3%, y llegaba a una letalidad del 11% entre los 70-79 años y al 21,6% en mayores de 80 años. (6). En un contexto de pandemia mundial sumado a que el riesgo de evolución desfavorable de esta enfermedad es mayor en personas mayores de 55 años, multiplica el riesgo de muerte por tres.(11). Además, tienen mayor riesgo de hospitalización, retraso en la recuperación, mayor afectación pulmonar, una progresión más rápida y mayor presencia de comorbilidades como diabetes, hipertensión, accidentes cerebrovasculares (ACV) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). (16).

1.2- Justificación:

El Servicio Nacional de Salud vivió una situación de presión sin precedentes históricos recientes en nuestro país. Esta carga de trabajo, que desde un inicio no se vió reforzada con medidas asistenciales dirigidas a reforzar la atención primaria, abocó a una situación cercana al colapso. (19). Cambiamos bruscamente de un modelo de asistencia sanitaria presencial a un modelo de asistencia telefónica, (20) los sanitarios sin formación previa y los pacientes, habituados a ir al centro de salud y en la mayoría de casos de edad avanzada sin apenas formación tecnológica. Mientras duró el confinamiento, los profesionales de Atención Primaria se organizaron para la asistencia en domicilio, pese a la falta de EPIs y test serológicos, y procuraron acompañar por teléfono a los pacientes con mayor grado de vulnerabilidad, cuidando de su salud y evitando a la vez complicaciones que supongan ingresos hospitalarios, principalmente en pacientes crónicos y ancianos. Asimismo, desde los centros de salud se procuró la vigilancia periódica de aquellos pacientes susceptibles de empeorar con las medidas de aislamiento, incomunicación o inmovilización. (6) Todo esto con protocolos que cambiaban cada pocos días y que acrecentaban la incertidumbre tanto de la población como de los mismos profesionales sanitarios. (20).

Hay un artículo publicado el 22 de abril de 2020 llamado: "Is it wrong to prioritise younger patients with COVID-19?" (¿Está mal priorizar a los pacientes



más jóvenes con COVID-19?) (12). En este artículo se contraponen argumentos sobre considerar la edad como un criterio para decidir quien recibe o no tratamiento ante el COVID-19.

Según un artículo llamado “La representación de los mayores en los medios durante la pandemia COVID-19: ¿hacia un refuerzo del edadismo?”(11), se realiza un estudio de los artículos y noticias publicados en pandemia y posteriormente para ver cómo se representa a nuestros mayores y observar en qué medida refuerzan la discriminación por edad. Entre los resultados de este artículo encontramos que los titulares con una representación negativa del adulto mayor eran los más frecuentes con un 71,4% en contraposición, los titulares que presentaba a los mayores de manera favorable suponían un 19,2%. Este mismo artículo pone de manifiesto que en España a finales de abril del 2020 aproximadamente el 95% de las personas fallecidas por COVID-19 tenía más de 60 años y en los mayores de 80 concentraban el 58.7%. Simultáneamente, más del 75% de los fallecidos presentaba otras patologías previas. (11).

Una revisión bibliográfica de la Revista española de Geriatria y Gerontología (15), analiza las actitudes relacionadas con la edad de los pacientes y las respuesta a ella producidas durante el COVID-19. De este artículo deducimos que existe un riesgo de que la edad representa un factor en contra durante la pandemia pudiendo esto generar una asimetría en la atención. Le sumamos a esto la disponibilidad limitada de recursos y la situación de colapso en muchos medios sanitarios nos puede dar como resultado que se den situaciones de discriminación por edad.

Sin embargo, desde el inicio de la pandemia los sanitarios hemos hecho un enorme esfuerzo conjunto por ofrecer a nuestros pacientes mayores el mejor servicio posible. Si bien no siempre en las mejores condiciones, desde atención primaria se lucha cada día por mantener la calidad asistencial. Se desarrollaron estrategias como la telemedicina para sufragar esta demanda de atención. A pesar de ello, varios estudios ponen de manifiesto que no se ha

MH

logrado cumplir uno de los principales objetivos de la atención primaria, por ejemplo, atender a personas mayores con patologías crónicas. (17). Por lo que podemos deducir que estas personas mayores han sufrido una reducción en el control de sus enfermedades, además de haber luchado contra el miedo y la ansiedad derivadas de la pandemia.

Diariamente recibimos quejas de que no lo estamos consiguiendo. También desde los medios de comunicación se alude casi diariamente a la crítica de la sanidad y la accesibilidad a la misma. Es necesario examinar todo lo sucedido, formar a la población y originar un nuevo conocimiento que nos de las herramientas para afrontar nuevas epidemias. (2)

Por todo lo anterior se ha considerado importante la realización de este trabajo de investigación para así poder valorar el grado de satisfacción de estos pacientes, además de destacar aquellas demandas más comunes. Con esto se pretende elaborar un protocolo de actuación que facilite el trabajo de los profesionales de salud en un futuro y que dirija sus esfuerzos hacia lo que esta parte de la sociedad demanda. Además, nos centraremos en el área IX de salud del Servicio Murciano de Salud para delimitar bien nuestra población y área de estudio.

1.3- Hipótesis:

Apoyándonos en la evidencia sabemos que:

-En España un 73% de las personas mayores de 65 años presenta al menos una patología crónica.

-En el Área IX de salud del Servicio Murciano de Salud (SMS) se calculan unas 3.676 personas mayores de 65 años afectadas por patologías crónicas.

-Los pacientes ancianos con patologías crónicas presentan un alto grado de vulnerabilidad.



-El estado de alarma obligó al confinamiento de la población y reorganizó la atención primaria asumiendo una mayor relevancia la telemedicina.

-La mayoría de personas mayores de 65 años que usan internet cuentan con habilidades tecnológicas bajas (brecha digital).

Por lo tanto, la hipótesis de estudio en este proyecto es:

H₁: la asistencia ofrecida por atención primaria a pacientes ancianos con patologías crónicas fue deficitaria afectando a la calidad de vida de los mismos.

H₀: la asistencia ofrecida por atención primaria a pacientes ancianos con patologías crónicas no fue deficitaria afectando a la calidad de vida de los mismos.

1.4-Pregunta de investigación:

Para este proyecto nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo afectó a estos pacientes y que grado de satisfacción tienen de su asistencia sanitaria durante la pandemia de COVID-19?

1.5-Pregunta PICO:

¿Grado de satisfacción de los pacientes crónicos mayores de 65 años tratados presencialmente en centros de atención primaria durante la pandemia de COVID-19?

P: Pacientes crónicos mayores de 65 años con asistencia presencial programada en centros de Atención Primaria.

I: Pérdida de asistencia sanitaria presencial durante la pandemia de COVID-19.

C: Asistencia sanitaria presencial previa a la pandemia de COVID-19.

O: Grado de satisfacción del paciente.

MH

1.6-Objetivos:

1.6.1- Objetivo general:

El objetivo general de este estudio es evaluar el grado de satisfacción de los pacientes mayores de 65 años y con al menos una patología crónica, durante el confinamiento por COVID-19 en el área IX de salud del Servicio Murciano de Salud.

1.6.2- Objetivos específicos:

-Conocer el grado de satisfacción de la atención sanitaria recibida durante el estado de alarma a ancianos con patologías crónicas.

-Evaluar la calidad asistencial de la telemedicina en atención primaria a pacientes ancianos con patologías crónicas durante el estado de alarma.

1.7- Aplicabilidad de los resultados:

Una mirada global de las circunstancias vividas tanto por sanitarios como pacientes parece que ya justifica la realización de este estudio. Si bien es cierto que se limitó la entrada a todos los pacientes, se considera que los más afectados fueron aquellos que eran atendidos con cierta regularidad en consulta. Coincidiendo esto, con que la mayoría de ellos tienen una edad avanzada y baja formación tecnológica. Aunque es verdad que el personal sanitario se involucró totalmente en mantener cierta continuidad de cuidados mientras la situación y los recursos estaban cada vez más desbordados, la población mayor mantiene cierta sensación de abandono. Pese a que este estudio no va a cambiar los escasos recursos que recibe atención primaria en nuestro país, pretende que de alguna manera, si volvemos a encontrarnos en una situación similar, sepamos hacia dónde dirigir los esfuerzos y cómo actuar con estas personas, pacientes crónicos y ancianos, que usualmente suelen ser los más afectados.



Según los resultados obtenidos, en el futuro, podremos focalizar nuestro esfuerzo profesional y personal hacia donde nuestros pacientes demandan. Nos dará unas mínimas pautas de actuación.

II- METODOLOGÍA

2.1- Tipo de diseño:

Este protocolo de investigación es un estudio transversal. Para el desarrollo de este proyecto debemos contar principalmente con el apoyo del personal sanitario, sobre todo, enfermería y medicina. Así como con el apoyo del Servicio Murciano de Salud (SMS) y de los cuatro centros de Atención Primaria que forman el área IX de salud (Abarán, Blanca, Cieza/Este y Cieza/Oeste) en los que pretende centrarse este estudio.

Se realizarán entrevistas con aquellos profesionales de estos centros que quieran adscribirse al estudio. Con ellos se tratará la importancia y la necesidad de establecer un protocolo de actuación para sobrellevar esta situación de sobrecarga laboral de una mejor manera en el futuro.

2.2- Población diana y población de estudio:

La población objeto de estudio es aquella población mayor de 65 años que padezca alguna patología crónica y que acuda regularmente al centro de salud para sus controles o curas.

Los diagnósticos de enfermedad crónica de interés y que son las más comunes en nuestra población son (13):

1. Hipertensión arterial.
2. Enfermedad cerebrovascular.
3. Diabetes.
4. Neoplasias.
5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.



6. Enfermedad renal crónica.
7. Osteoporosis.

Criterios de inclusión:

-Hombre o mujer de 65 años o más y tenga una o más enfermedades crónicas reflejada en el portal informático de OMI-AP, así como la historia clínica abierta en dicho portal informático desde al menos 2019.

-Que el paciente sea usuario de los centros de salud previamente seleccionados que pertenezcan al Área IX de salud (Abarán, Blanca y Cieza) desde al menos 2019.

-Reflejo de la firma y autorización del consentimiento informado para estar incluido como parte del estudio.

Criterios de exclusión:

- Que el paciente sufra un ingreso en instituciones hospitalarias o gerontológicas, que ingrese en el servicio de Atención a Personas en Situación Terminal o cuidados paliativos. Así como el exitus del paciente.

- Traslado fuera de la Comunidad Autónoma, del Servicio Murciano de Salud o del área IX de salud.

-La falta del consentimiento para participar en este estudio.

2.3- Método de muestreo y cálculo muestral:

Según el Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM) (7), en la Región de Murcia viven actualmente 246.803 personas de ambos sexos mayores de 65 años. De estas, 13.992 son residentes en el área IX de salud. Podemos deducir de estadísticas nacionales que más o menos el 73% sufre al menos una enfermedad crónica. Así podemos deducir con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 3% que el tamaño muestral necesario para ofrecer resultados significativos es de 234 ajustado a una proporción esperada de un 15% de pérdidas. Con estas pérdidas la n total sería de 199. (8).



2.4- Método de recogida de muestras:

Para iniciar este estudio se solicitará la autorización de los comités de ética tanto de la universidad, como por parte de SMS. Contaremos con el mayor número posible de profesionales de los cuatro centros de salud implicados. Para ello, previamente al inicio haremos una reunión tanto con el personal médico como con el personal de enfermería para explicarles el procedimiento de recogida de datos. Ellos serán los que administren el cuestionario a los pacientes en las consultas aprovechando la entrevista clínica y también serán ellos los encargados de almacenar las respuestas de dichos pacientes. Estos serán almacenados en un cuaderno de recogida de datos electrónico generado a través de Google Forms de manera gratuita. Se pedirá a los profesionales colaboradores de este proyecto que aprovechen cualquier tipo de consulta para realizar el proyecto ya sea telefónica, programada o a demanda, siempre y cuando las circunstancias lo permitan. El resto de variables se extraerán de la historia clínica electrónica con el programa OMI-AP.

2.5- Variables del estudio:

- **Edad:** 65 años en adelante. Cuantitativa discreta.
- **Género:** masculino /femenino. Cualitativa nominal.
- **Centro de salud:** CS Abarán/ CS Blanca/ CS Cieza-este/ CS Cieza-oeste. Cualitativa nominal.
- **Número de consultas realizadas antes, durante y después del estado de alarma al mes:** Cuantitativa continua.
- **Comorbilidad con otras enfermedades crónicas:** Si/No. Cualitativa dicotómica.
- **Cuestionario.** Medirá el grado de satisfacción del usuario de los servicios de atención primaria durante el estado de alarma decretado por la pandemia de COVID-19. Se medirá con una escala de Likert de 5 categorías: 1 (nada satisfecho); 2 (poco

MH

satisfecho); 3 (satisfecho); 4 (bastante satisfecho); 5 (Completamente satisfecho). Dentro del cuestionario y como pregunta final habrá un espacio para que el usuario exprese una breve opinión acerca de que considera que se debe mejorar con respecto a la atención sanitaria que recibió por parte de su centro de salud durante el estado de alarma decretado por el COVID-19. Cualitativa ordinal (anexo 1).

2.6-Descripción de la intervención:

Las primeras variables de esta intervención serán recogidas a partir de la historia clínica del paciente del programa OMI-AP. (edad, sexo, centro de salud, número de consulta y comorbilidad con otras enfermedades crónicas).

El cuestionario (ANEXO 1) se elabora de manera sencilla para que sea lo más accesible posible a todos los grupos de edad y facilitar su cumplimiento. Se realiza con esta idea también teniendo en cuenta la nueva modalidad de consultas, es decir, la consulta telefónica o no presencial. Además, así evitamos el desgaste de los profesionales colaboradores y de los pacientes.

2.7- Descripción del seguimiento si lo hubiera:

En este caso no sería necesario el seguimiento de los pacientes puesto que se trata de un estudio transversal.

2.8- Análisis estadístico:

Para proceder a la recogida de datos se usará al principio una hoja de datos del programa Excel. Posteriormente, cuando vayamos a proceder al análisis estadístico usaremos el programa estadístico SPSS en la versión que nos facilite la universidad.

MH

Las variables cuantitativas se deben expresar a través de medias y desviaciones típicas, mientras que las variables cualitativas se expresarán mediante frecuencia e intervalo de confianza 95% (IC95%).

Para observar las posibles diferencias entre los tres momentos de estudio (antes, durante y después del estado de alarma) se emplearán; para las variables cuantitativas y sus medias la prueba estadística t-Student, y las variables de tipo cualitativo se expresarán con porcentajes mediante el test de Chi Cuadrado. Se asumirá como resultado estadísticamente significativo aquel que la p sea menor o igual a 0.05. Además, se estimará el riesgo del grado de satisfacción en cada momento temporal del estudio a partir de un modelo de análisis de regresión multivariante. La variable dependiente será el grado de satisfacción que se ajustará con edad, género, centro de salud, número de consultas y comorbilidad con otras patologías. Pretendiendo obtener así las OR con su IC95%.

2.9- Estrategia de búsqueda bibliográfica:

Para llevar a cabo este trabajo se elabora una estrategia de búsqueda que se basa en una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de salud más relevantes, tales como: Pubmed, Cochane Library, Scielo, Scopus y Google Scholar. Los principales descriptores (Palabra Clave: DeSC) utilizados en dichas búsquedas son:

..Descriptor en inglés: Aged/Descriptor Castellano: Anciano.

..Descriptor en inglés: Chronic Disease/Descriptor Castellano: Enfermedad Crónica.

..Descriptor en inglés: Coronavirus Infections /Descriptor Castellano: Infecciones por Coronavirus.

..Descriptor en inglés: Telemedicine /Descriptor Castellano: Telemedicina.

..Descriptor en inglés: Pandemics /Descriptor Castellano: Pandemias.

MH

..Descriptor en inglés: SARS Virus/Descriptor Castellano: Virus del SRAS.

..Descriptor en inglés: Primary Health Care/Descriptor Castellano: Atención Primaria de Salud.

..Descriptor en inglés: Health Centers/Descriptor Castellano: Centros de Salud.

..Descriptor en inglés: Bioethics/Descriptor Castellano: Bioética.

En las búsquedas en bases de datos se han utilizado términos como COVID-19 o SARS-CoV-2 en el formato de búsqueda con texto libre.

También se han hecho búsquedas en páginas web tales como; Instituto Nacional de Estadística (INE), Centro Regional de Estadística de la Región de Murcia (CREM), Organización Mundial de la Salud (OMS), la Sociedad española de Geriatria y Gerontología (SEGG) y las páginas web de ministerios de España como el Ministerio de Sanidad y Ministerio de la Presidencia, Relación con las Cortes y Memoria Democrática.

En la base de datos de Google Scholar se realizaron también búsquedas bibliográficas con texto libre.

En todas las búsquedas realizadas en esta revisión bibliográfica se incluyeron los booleanos OR y AND en la estrategia de búsqueda.

Los artículos seleccionados no son anteriores al año 2020 dado que son estudios relacionados con el COVID-19. No se filtraron las búsquedas excluyendo ningún idioma. Los artículos se seleccionaron cuando estaban realizados en una zona geográfica y población igual a la nuestra.

III-APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Este estudio nos permitirá conocer el grado de satisfacción de la atención en centros de salud del Área IX del Servicio Murciano de Salud



durante la pandemia por COVID-19. Pretende hacer un primer análisis de cómo vivieron estos pacientes mayores de 65 años y con enfermedades crónicas las medidas restrictivas en salud derivadas del estado de alarma.

De este trabajo se puede analizar el cambio en la calidad de los cuidados durante una situación sanitaria crítica y se puede proyectar la creación en un futuro de protocolos de actuación más concretos. Protocolos orientados a ofrecer el mejor servicio, pero también de la manera más eficiente previniendo el desgaste físico y mental que sufrimos los profesionales sanitarios durante la pandemia.

IV-PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA

Tabla 1: Cronograma (elaboración propia)

MESES	RB	PPI	RP	EP	RD	AR	IF
Septiembre 22	■						
Octubre 22	■						
Noviembre 22		■					
Diciembre 22			■	■			
Enero 23				■	■		
Febrero 23				■	■		
Marzo 23				■	■		
Abril 23					■	■	
Mayo 23						■	
Junio 23							■

Leyenda: RB: Revisión bibliográfica previa a la investigación. PPI: Presentación del protocolo de investigación. RP: Revisión del protocolo y ajustes necesarios. EP: Entrevistas con los pacientes. RD: Recogida de

MH

datos. AR: Análisis estadístico y tratamiento de los datos obtenidos. IF: Informe final o resultados.

V-LIMITACIONES Y SEGOS

La principal limitación de este trabajo es que los participantes que ingresen al proyecto serán elegidos por los propios profesionales colaboradores del proyecto y no se extenderá la petición a la población general por lo que se puede incurrir en un sesgo de selección. Para minimizar los efectos de esta limitación se instará a los profesionales colaboradores a intentar pasarle el cuestionario y realizar el estudio al mayor número posible de sujetos que cuenten con las características del estudio. El estudio tampoco cuenta con doble ciego, ni del entrevistado ni del entrevistador. Además, existe la limitación de la pérdida de sujetos durante el periodo de investigación bien porque cambien de área de salud o comunidad autónoma, porque decidan seguir un seguimiento privado o por exitus. Además, se pueden producir sesgos por ausencia de registro del episodio crónico en AP-OMI o que no estén todos los datos que necesitamos recogidos en la historia clínica del paciente.

Este protocolo de investigación evaluativo se hace en una única intervención (estudio transversal), por lo que solamente se podrán realizar asociaciones entre las variables estudiadas. En posteriores estudios, sería importante llevar a cabo una evaluación longitudinal con el fin de establecer relaciones causales y/o evitar sesgos en la recogida de muestras.

VI- LIMITACIONES ÉTICAS

En este estudio el tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de aquellos sujetos que sean participantes se ajustará a los requisitos de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de



Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, además, se ceñirá a la aplicación del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

En el proceso de elaboración de este proyecto se contará con la aprobación de los comités de ética correspondientes, ya sea el de la universidad, el área de salud o cualquiera que se considere pertinente.

A todos los participantes se les solicitará un consentimiento informado (ANEXO 2), ya sea por escrito en aquellos casos en los que la consulta sea presencial o telefónica, debiendo entonces ser grabada la llamada y custodiada por el investigador principal al menos cinco años. Solo con el consentimiento informado en alguna de estas dos modalidades podrán ser partícipes de este estudio, de otra manera quedarían excluidos. El consentimiento se pedirá al paciente, o a su tutor/a legal dependiendo cual sea la circunstancia, para tener acceso a su historia clínica y para que se pueda contestar el cuestionario de satisfacción.

La información recogida por los cuestionarios de recogida de datos de cada paciente serán volcados al programa estadístico SPSS 21. Estos datos volcados a la base de datos serán custodiados sólo por el investigador principal. Los datos se transcribirán al SPSS 21 de manera anónima, siendo imposible para el investigador principal reconocer a los sujetos personalmente.

VII- PRESUPUESTO

Para llevar a cabo este proyecto se estima la necesidad de un presupuesto de 17.000€ aproximadamente. Todo ello, dividido entre el material fungible de oficina, gastos y protección de los datos, desplazamiento y dietas de los investigadores, fondos disponibles para la posible publicación de los resultados (congresos, artículos, capítulos



de libros) y el salario del investigador principal responsable del estudio. El paquete estadístico SPSS 21 será facilitado por la universidad.

Tabla 2: Presupuesto estimado

Recursos necesarios	Coste aprox.
-Material fungible de oficina (fotocopias, sobres, boligrafos, carpetas, sobres, etc.).	200€
-Protección y gestión de los datos.	400€
-Gastos de traslado y dietas.	400€
-Gastos para posible publicación de resultados.	2000€
-Salario del investigador principal.	14000€

VIII- BIBLIOGRAFÍA:

1. Ana Luisa Alves Cunha, Armin A. Quispe Cornejo, Adrián Ávila Hilari, Adolfo Valdivia Cayoja, Juan Manuel Chino Mendoza, Oscar Vera Carrasco. Breve historia y fisiopatología del Covid 19. Cuad. - Hosp. Clín. vol.61 no.1 La Paz jul. 2020. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1652-67762020000100011&script=sci_arttext

2. A. Serrano-Cumplido, P.B. Antón-Eguía Ortega, A. Ruiz García, V. Olmo Quintana, A. Segura Fragoso, A. Barquilla Garcia, et al. COVID-19. La historia se repite y seguimos tropezando con la misma piedra. Semergen. 2020 Aug; 46: 48–54. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7303648/>

MH

3. DatosRTVE. Últimos datos de la Covid en España. Publicado en RTVE y actualizado el 29/03/22. [consultado en fecha 10/03/22]. Disponible en: <https://www.rtve.es/noticias/20220315/mapa-del-coronavirus-espana/2004681.shtml>

4. Izarra J. Una enfermera de 52 años, primera víctima mortal por el coronavirus entre el personal sanitario. Publicado en [El Mundo], 19/03/2020. [consultado en fecha 13/03/2022]. Disponible en: <https://www.elmundo.es/pais-vasco/2020/03/19/5e736139fc6c839c3c8b46a3.html>

5. Instituto Nacional de Estadística. Datos de 2020. [consultado en fecha 31/03/22]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888

6. Palomo Cobos L, Corrales Nevado D. Cronicidad y atención primaria en tiempos de pandemia. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. 52: (3-6). [consultado en fecha 10/03/22]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-cronicidad-atencion-primaria-tiempos-pandemia-S2013524620300180>

7. Centro Regional de Estadística de Murcia. Datos 2021. [consultado en fecha 28/04/22]. Disponible en: <https://econet.carm.es/web/crem>

8. Pértegas Díaz, S., Pita Fernández, S. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (España). CAD ATEN PRIMARIA 2002; 9: 30-33.

MH

9. Alfonso Silguero S, Martínez-Reig M, Gómez Arnedo L, Juncos Martínez G, Romero Rizo L, Abizanda Soler P. Enfermedad crónica, mortalidad, discapacidad y pérdida de movilidad en ancianos españoles: estudio FRADEA. Revista Española de Geriatria y Gerontología [Internet]. 2014 [consultado en fecha 11/04/22];49(2):51-58. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-enfermedad-cronica-mortalidad-discapacidad-perdida-S0211139X13001236#:~:text=Las%20enfermedades%20cr%C3%B3nicas%20que%20de,de%20miocardio%20y%20heridas30>.

10. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Ministerio de la Presidencia, Relación con las Cortes y Memoria Democrática. [consultado en fecha 28/04/22]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692>

11. Bravo-Segal S, Villar F. La representación de los mayores en los medios durante la pandemia COVID-19: ¿hacia un refuerzo del edadismo? Revista Española De Geriatria Y Gerontologia [Internet]. 2020 Sep 1 [consultado en fecha 03/05/22];55(5):266. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-la-representacion-mayores-medios-durante-S0211139X20300901>

12. Archard D, Caplan A. Is it wrong to prioritise younger patients with covid-19? BMJ [Internet]. 2020 Apr 22 [consultado en fecha 03/05/22];369. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32321730/>

13. Cirera L, Parga M, Gómez H, Salmerón D, Ballesta M, Cruz O, Navarro C. Estadísticas agregadas de mortalidad general en la Región de Murcia en 2009 - 2012. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social, y Consejería de

MH

Economía y Hacienda; 2014. [Consultado en fecha 03/05/22] Disponible en: www.murciasalud.es/pagina.php?id=274764 y http://www.carm.es/econet/sicrem/PU_mortalidadGeneral/

14. Fernández-Ballesteros, R. y Sánchez-Izquierdo Alonso, M. (2020). Impacto del COVID-19 en personas mayores en España: algunos resultados y reflexiones. *Clinica y Salud*, 31(3), 165-169. [Consultado en fecha 13/05/22] Disponible en: <https://doi.org/10.5093/clysa2020a25>.

15. Tarazona-Santabalbina, FJ, de la Cámara de Las Heras, JM, Vidán, MT, García Navarro, JA. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y edadismo: revisión narrativa de la literatura [Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and ageism: a narrative review of the literature]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2021;56(1):47-53. [Consultado en fecha 13/05/22] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7476500/>

16. Banerjee D. (2020). 'Edad y discriminación por edad en COVID-19': Vulnerabilidades y necesidades de atención de la salud mental de los ancianos. *Revista asiática de psiquiatría*, 51, 102154. [Consultado en fecha 14/05/22] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102154>

17. Miralles O, Sanchez-Rodriguez D, Marco E, Annweiler C, Baztan A, Betancor É, et al. Necesidades no satisfechas, políticas de salud y acciones durante la pandemia de COVID-19: un informe de seis países europeos. *Eur Geriatr Med*. 2021 febrero; 12 (1): 193-204. [Consultado en fecha 14/05/22] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7557304/>

18. Serrano-Cumplido A, Antón-Eguía Ortega PB, Ruiz García A, Olmo Quintana V, Segura Fragoso A, Barquilla Garcia A, et al. COVID-19. History repeats itself and we keep stumbling on the same stone. *Semergen* [Internet].

MH

2020;46 Suppl 1:48-54. [Consultado en fecha 31/05/22] Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359320302008>

19. Beltrán-Aroca CM, González-Tirado M, Girela-López E. Cuestiones éticas en atención primaria durante la pandemia del coronavirus (SARS-CoV-2). *Semergen*. 2021 marzo;47(2):122-130. [Consultado en fecha 31/05/22] Disponible en: <https://europepmc.org/article/pmc/pmc7698820>

20. Beltrán-Aroca CM, González-Tirado M, Girela-López E. Problemas éticos en atención primaria durante la pandemia del coronavirus (SARS-CoV-2). *Semergen* [Internet]. 2021;47(2):122-30. [Consultado en fecha 31/05/22] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359320304068>



MH

IX-ANEXOS

Anexo 1 :CUESTIONARIO DE RECOGIDA DE DATOS.

Sexo: Hombre/ Mujer

Edad: (en años)

Centro de salud: Abarán/ Blanca/ Cieza este/ Cieza oeste

Preguntas de grado de satisfacción:

1 (nada satisfecho); 2 (poco satisfecho); 3 (satisfecho); 4 (bastante satisfecho);
5 (Completamente satisfecho)

-¿Se sentía satisfecho con la frecuencia y calidad asistencial antes de la
pandemia por COVID-19?

-¿Se sentía satisfecho con la frecuencia y la calidad asistencial durante la
pandemia por COVID-19?

-¿Se siente satisfecho con la frecuencia y la calidad asistencial durante la
pandemia por COVID-19?

-Comentario libre: ¿Qué mejorarías de la atención sanitaria recibida durante la
pandemia de COVID-19 en tu centro de salud?

MH

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO



El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Beatriz Abolafio Gómez, enfermera del Centro de Salud Cieza Oeste. La meta de este estudio es evaluar la satisfacción de los usuarios de atención primaria durante el estado de alarma.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de codificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Beatriz Abolafio Gómez. Y he sido informado (a) de la meta de este estudio.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios o preguntas en una entrevista.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro

A large, light gray handwritten signature 'MH' is located in the bottom right corner of the page.

propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a abolafiogomez@gmail.com.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha



MH