

Impacto de la Covid en la calidad asistencial en atención primaria de adultos crónicos en Cataluña

Tutor: Dr. Francesc Valls Fonayet

Autor/a: Montse Munuera Grau

Prólogo

En primer lugar, me gustaría agradecer la ayuda y la disponibilidad de mi tutor y de los profesores del Máster de Investigación en Ciencias de Enfermería de la “Universitat Rovira i Virgili” que gracias a su ayuda he podido finalizar este trabajo. Por último, y no menos importante a mi familia y amigos, que durante este año me han dado su apoyo todo y que no he podido estar por ellos todo lo que se merecen, con lo que gran parte de este trabajo de final de máster es para ellos.

Tal y como dice Tilda Shalof una enfermera que trabaja en una unidad de cuidados intensivos en Toronto “*Para ser una enfermera se necesita inteligencia y disciplina para adquirir conocimientos y ser capaz de ejercer el pensamiento crítico*” es por este motivo por el cual me aventuré a cursar éste máster.

Índice de contenido

Índice de tablas y figuras	4
Índice abreviaturas y siglas	5
Resumen	7
1. Introducción	9
2. Marco conceptual / teórico	12
3. Revisión bibliográfica y antecedentes	16
4. Aportaciones e interés del estudio	26
5. Objetivos e Hipótesis	28
5.1. Objetivos	28
5.2. Hipótesis.....	28
6. Metodología	29
6.1. Enfoque cuantitativo	29
6.1.1 Diseño.....	29
6.1.2. Población	29
6.1.3 Variables a estudio	29
6.1.4 Variables de confusión	35
6.1.5 Instrumentos de recogida de información	35
6.1.6 Análisis datos.....	35
6.2 Enfoque cualitativo	36
6.2.1 Diseño.....	36
6.2.2 Población diana.....	36
6.2.3 Técnicas cualitativas.....	37
6.2.4 Unidad de observación	37
6.2.5 Trabajo de campo.....	37
6.2.6 Recogida de información y análisis.....	39
7. Aspectos éticos	41
8. Discusión	42
9. Conclusiones	44
10. Limitaciones del estudio	45
11. Bibliografía	47
12. Cronograma	53
12.1 Fase 1	53
12.2 Fase 2	54
13. Presupuesto	55
14. Anexos	56
Anexo 1. Hoja de información institución	57
Anexo 2. Autorización Institucional	58
Anexo 3. Ficha de selección de publicaciones revisadas	59
Anexo 4. Guion de entrevista: Percepción de los pacientes crónicos adultos de la Covid en calidad asistencial en atención primaria de adultos crónicos en Cataluña.....	67
Anexo 5. Guion observación participante	68

Anexo 6. Plantilla de codificación de la observación participante.....	69
Anexo 7. Códigos de codificación de la observación participante.....	70

Índice de tablas y figuras

Tabla 1: Términos usados para la revisión bibliográfica.....	16
Tabla 2. Descripciones variables a estudio e indicadores	31

Índice abreviaturas y siglas

ABS: Área básica de salud

ACO: Anticoagulantes orales

AIT: Accidente isquémico transitorio

AP: Atención primaria

ATDOM: Atención domiciliaria

AVC: Accidente vascular cerebral

BOE: Boletín oficial del estado

CI: Cardiopatía isquémica

CSM: Gestin Clínica System

DIRAYA: Historia digital

DJGLS: Escala de Soledad

DM: Diabetes mellitus.

E-CONSULTA: Visita virtual

EQA: Estándar de calidad asistencial

ESCP: Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos

FRCV: Factores de riesgo cardiovascular

GAD-7: Trastorno de Ansiedad mediante la escala

HB1AC: Hemoglobina glicosilada

HTA: Hipertensión arterial

ICS: Instituto catalán de la salut

IMC: Índice de masa corporal

INR: Índice internacional normalizado

ISI: Insomnia Severity Index

KG: Kilogramos

LDL: Lipoproteínas de baja densidad

NPS: Net Promoters Score

OR: Odds ratio

PHQ-9: Cuestionario de Salud síntomas depresivos y ansiedad

RCV: Riesgo cardiovascular

REGICOR: Registro gerundense del corazón

SEH-LELHA: Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial

SMILE-C: Evaluación de Estilo de Vida del Inventario Corto Multidimensional

SISAP-EAP: Bases de datos en atención primaria

TA: Tensión arterial

UCI: Unidad de cuidados intensivos

UPP: Úlcera por presión

Resumen

Palabras clave: Covid-19. Crónicos. Calidad asistencial. Atención primaria. Percepción del paciente

Problema de investigación: La **Covid-19** ha provocado un cambio en los sistemas sanitarios causando la disminución del seguimiento de los pacientes **crónicos**.

Objetivo: Determinar el impacto de la pandemia en los estándares de **calidad asistencial**, en el seguimiento y la percepción de los pacientes adultos crónicos de Cataluña atendidos en atención primaria.

Metodología: En la primera fase mediante método observacional descriptivo ecológico retrospectivo se recogieron datos de 2021 y 2020, de los diferentes indicadores de calidad asistencial y valores anteriores a la declaración del estado de alarma por Covid-19, anual del 2019 de pacientes crónicos adultos, que residen en Cataluña y fueron atendidos en atención primaria con conexión a e-cap. Los datos recogidos se explotaron estadísticamente con PSPP sobre el seguimiento de la patología cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, obstrucción respiratoria crónica, actividad física, atención domiciliaria, úlceras por presión, atención telemática y accesibilidad.

En la segunda triangulando entrevistas semiestructuradas y observación participante ampliando los resultados cuantitativos de 2022 y 2023.

Conclusiones: Se identifica una disminución de los EQA des del inicio de la pandemia en atención primaria en el paciente crónico y un aumento en la prevalencia de las UPP.

Palabras clave: Covid-19. Chronic. Healthcare Quality. Primary care. Patient Perception

Research problem: **Covid-19** has caused a change in health systems, causing a decrease in the monitoring of **chronic** patients.

Objective: To determine the impact of the pandemic on **healthcare quality** standards, on the monitoring and **perception** of chronic adult patients in Catalonia treated in primary care.

Methodology: In the first phase, by means of a retrospective ecological descriptive observational method, data were collected for the years 2021 and 2020, of the different indicators of quality of care and values prior to the declaration of the state of alarm by Covid-19, annual of 2019 of adult chronic patients, which they reside in Catalonia and were treated in primary care centers with an e-cap connection. The data collected was statistically exploited with PSPP on the monitoring of cardiovascular pathology, arterial hypertension, diabetes mellitus, dyslipidemia, chronic respiratory obstruction, physical activity, home care, pressure ulcers, telematic care and accessibility.

In the second triangulating semi-structured interviews, participant observation and collection of information from the press and social networks.

Conclusions: There is a decrease in care quality standards since the beginning of the pandemic in primary care in chronic patients and an increase in the prevalence of UPP.

1. Introducció

Este proyecto de investigación pretende estudiar las consecuencias que la pandemia por COVID-19 ha tenido en la calidad asistencial de los pacientes crónicos en Catalunya, así como qué cambios han percibido los pacientes crónicos (que son una parte relevante del eje central de la atención sanitaria) en lo que hace referencia a los cuidados recibidos desde el inicio de la pandemia en comparación a la atención que recibían previamente.

La mejora en la atención sanitaria y en materia de salud pública, acompañada de unos estilos de vida más saludables por parte de la población, han aumentado la esperanza de vida de las personas, dando lugar a un contexto sociodemográfico que facilita una mayor relevancia de las enfermedades crónicas, de larga y lenta evolución. En referencia a los datos publicados sobre la esperanza de vida podemos decir que en el último período de 19 años (del 1992¹ al 2021²) la esperanza de vida al nacer aumentó en 6,37 años en Catalunya, hasta los 84,01 siendo en hombres de 81,18 años y en mujeres de 86,71 años. El 37,8% de la población adulta de 15 años y más, en el 2020 padecía una enfermedad crónica², afectando en el mismo año, según los datos de la Encuesta Europea de Salud en España, al 49,3% de hombres y al 59,1% de mujeres ≥ 15 años que refería sufrir o percibir tener un problema de salud crónico³.

Estas enfermedades repercuten en la calidad de vida y afectan a las personas que tienen que prestar cuidados a estos enfermos, muchas de ellas también enfermas y/o de edad avanzada, disminuyendo su calidad de vida y con un gran impacto económico⁴. La cronicidad es actualmente el motivo de salud más prevalente en nuestra población produciendo un elevado impacto en la salud de las personas causando dependencia, incapacidad, pérdida de años de calidad de vida y hasta la muerte.

Desde hace años, el abordaje de la cronicidad es un reto para las políticas sanitarias debido a que precisan de elevados recursos económicos y sanitarios, donde se han ido estableciendo cambios en el sistema sanitario y diferentes estrategias para adaptarse al cambio demográfico. El puntal de la atención a la cronicidad es la atención primaria, debido a que es el nivel asistencial que presta servicio desde la proximidad a la comunidad⁵.

El 14 de marzo del 2020⁶ se aprobó en territorio español el Estado de Alarma para dar respuesta a la situación de emergencia sanitaria causada por la Covid-19, finalizando el 9 de noviembre del 2020. Des del inicio del estado de alarma hasta el día 24 de abril que se inició la desescalada la población sólo podía salir de casa para adquirir medicación, bienes de primera necesidad, ir a centros sanitarios, ejercer como trabajadores esenciales para ir a su puesto de trabajo o cuidar de personas dependientes. Finalizado el estado de alarma, cada comunidad regularizó sus propias recomendaciones según el momento epidemiológico. Añadidas a estas medidas se redirigieron recursos sanitarios suspendiendo la actividad programada de seguimiento y pruebas complementarias, causando un efecto colateral en la atención al paciente crónico y originándose nuevas formas de seguimiento no presencial. La nueva epidemia ha ido cursando en formas de picos de incidencia donde se ha ido retomando y volviendo a parar la actividad no urgente tanto en atención primaria como en atención especializada. En diciembre de 2021, se inició una sexta ola donde de se han tenido que dirigir los recursos de nuevo a los motivos de consultas derivados de la Covid generando el aplazamiento y reprogramación de las actividades de seguimiento.

Uno de los aspectos que más preocupa y despierta el interés son los efectos secundarios causados sobre los pacientes con patologías crónicas que requieren de un seguimiento por parte del sistema de salud. En este contexto, consideramos necesario conocer en qué punto ha podido empeorar la calidad asistencial y qué ha mejorado pre y post pandemia en atención primaria des de la perspectiva del paciente, si realmente éste es tratado como eje central y des de una visión proactiva. Por todo esto, consideramos que es relevante analizar y realizar un seguimiento sobre cuál ha sido el impacto de la Covid en la calidad asistencial de los pacientes con problemas crónicos y como lo han percibido los pacientes, para así dar herramientas a los gestores para que implementen estrategias para mitigar este posible impacto.

Todo ello nos conduce a las dos preguntas iniciales de la investigación, donde la primera fase del estudio busca dar la respuesta a la siguiente cuestión:

¿Han disminuido los estándares de calidad asistencial en adultos crónicos en atención primaria en Cataluña después de la pandemia respecto la situación pre-pandemia?

Mientras que, en una segunda fase, se plantea dar respuesta a esta otra cuestión:

¿Cómo han vivido y perciben los pacientes adultos crónicos el impacto en la calidad asistencial por parte de atención primaria recibida, des del inicio de la pandemia de coronavirus en Cataluña al momento actual?

2. Marco conceptual / teórico

Des del año 2012 en España se sigue las estrategias del documento marco en cronicidad, “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud”⁴ del 2012, estrategias diseñadas en un contexto donde no existía la nueva enfermedad de elevada contagiosidad Covid-19 con elevada necesidad de recursos sanitarios y morbimortalidad.

En la actualidad están aflorando las consecuencias derivadas de las medidas tomadas para afrontar la Covid-19 donde los pacientes crónicos son una representación de la población más afectadas⁷. La pandemia originada por el coronavirus ha provocado limitaciones en los recursos sanitarios y tensiones en la atención sanitaria a nivel mundial donde los profesionales sanitarios ha tenido que dejar de desempeñar las actividades que realizaban en condiciones normales, y centrarse en la atención sanitaria para dar respuesta a la situación de emergencia por la Covid-19 que precisa de un número elevado de recursos⁸. Los problemas organizativos derivados han provocado en la atención primaria⁸, el pilar fundamental de atención del paciente crónico, la cancelación de actividades programadas, escasa atención domiciliaria, poco seguimiento de pacientes crónicos y los problemas asociados a la atención virtual, bien telefónica o telemática⁸. Las medidas urgentes impuestas obligaron a una reestructuración de las consultas innovando con nuevas modalidades de atención no presencial para garantizar la seguridad de los pacientes^{8,9,10,11}, evitar consultas innecesarias y duplicidades de visitas.

La Sociedad Española de Hipertensión Arterial elaboró un documento donde se proporcionan indicaciones de buena praxis sobre cómo mejorar la calidad asistencial para el seguimiento telemático de estos pacientes con esta patología crónica¹².

Esta reorientación de la asistencia ha causado una falta de atención presencial que ha sufrido la población con enfermedad avanzada teniendo dificultades para realizar el seguimiento de sus patologías crónicas¹³. En una investigación cualitativa en Andalucía se apunta que durante el confinamiento las personas con patologías crónicas han experimentado interferencias en sus cuidados y en la atención sanitaria más allá del riesgo de contagio¹⁴.

En relación con la actividad en pacientes con enfermedad avanzada no Covid en tiempos de pandemia, diversas investigaciones avalan el descenso de visitas de

pacientes con edad avanzada, por lo que la atención no presencial y la atención domiciliaria habrían pasado a tener una gran importancia en el seguimiento de estos pacientes^{13,15,16}.

Otro efecto colateral del estado de emergencia es que al limitar la movilidad de la población se provocan modificaciones en los estilos de vida¹⁷. Esta disminución de la movilidad podría originar el aumento de las úlceras por presión en los pacientes vulnerables¹⁸.

Existen varias investigaciones, una de ellas realizada en nuestro entorno, en población gallega, que hace referencia a los hábitos nutricionales durante el confinamiento¹⁴ donde se llega a la conclusión que el incremento de peso experimentado en la población, que ya partía de un sobrepeso y obesidad podría tener un impacto negativo en el desarrollo de patologías crónicas no transmisibles^{14,20}. Si añadimos las conclusiones de otra investigación realizada a población Española sobre la disminución de actividad física²¹ orientaría hacia el aumento de los factores de riesgo y de empeoramiento de muchas patologías crónicas, sobre todo la diabetes mellitus y las cardiovasculares. Es por este motivo que el seguimiento por parte de atención primaria adquiere mayor importancia.

La crisis sanitaria actual generada por la pandemia de Covid-19 ha confirmado la vulnerabilidad de las personas con enfermedades crónicas e impactando directamente en cómo eran seguidas antes de la Covid. La urgencia de dar respuesta a las nuevas necesidades originadas ha supuesto una dificultad de acceso de los pacientes crónicos a la asistencia sanitaria, no sólo porque su atención se ha atrasado, sino también porque el temor al contagio ha condicionado y reducido la demanda por parte de estos pacientes. También ha habido un impacto en la reducción de pruebas complementarias realizadas de seguimiento para detectar complicaciones desde una visión proactiva²². Esto podría estar impactando, como alertan algunos estudios, en el seguimiento de pacientes diabéticos²³, pacientes oncológicos^{24,25} con patología cardíaca^{26,27}, entre ellas la hipertensión²⁷, patología respiratoria²⁸ y renales²⁹, que precisan de un seguimiento proactivo para evitar la progresión y descompensaciones.

Actualmente nos encontramos en un momento más estable de la pandemia a causa del Covid-19 iniciada al principio del pasado año. Uno de los aspectos que

más preocupa y despierta el interés son los efectos secundarios causados en los pacientes con patologías crónica. Es necesario analizar la situación actual y el impacto de la Covid-19 para poder evaluar y dar herramientas a los gestores para que planifiquen y elaboren estrategias mediante la priorización de los diferentes indicadores de salud en los que ha habido mayor repercusión. A parte de eso, también resulta relevante conocer qué repercusiones han tenido las nuevas vías de comunicación telemáticas, siendo la valoración positiva según datos de un estudio realizado por el Ministerio de Sanidad en España sobre la satisfacción de los usuarios respecto la teleconsulta siendo positiva con gran resolución³⁰.

La Generalitat de Catalunya, mediante el Instituto Catalán de la Salud, creó los estándares de calidad asistencial (EQA), que permiten medir la calidad estándar y homogénea de la asistencia que los profesionales de la salud brindan al paciente, mediante el registro en la aplicación informática estación clínica de atención primaria (e-cap). Más del 80% de los centros de atención primaria de Catalunya, tanto de la red pública como concertada, hacen uso de ello desde 2005³¹. Estos indicadores sintéticos son creados por grupos de expertos con conocimientos científicos actualizados enfocados a la atención del paciente³¹. Estos datos, donde existen indicadores de la calidad asistencial de patologías crónicas, se recogen automáticamente en la base de datos SISAP-EAP en la plataforma Longview. También se pueden consultar indicadores de accesibilidad de los pacientes a visitas, debido a que si no hay visitas disponibles no es posible el seguimiento de los pacientes crónicos y en donde la pandemia puede haber tenido un impacto.

Las diferentes estrategias sanitarias que actualmente están desplegadas están elaboradas desde un análisis de situación muy diferente a la actual, es por este motivo que hay que volver a analizar el punto de partida para adaptarlos a nuevas necesidades. Uno de los retos actuales del sistema sanitario es doblar la curva de los efectos secundarios de la crisis sanitaria que estamos viviendo y doblar la columna de las complicaciones de los pacientes crónicos hacia una buena calidad de vida de estos pacientes y dotando al sistema de atención primaria de los recursos necesarios³². Para ello es necesario conocer en qué punto se encuentran los diferentes procesos asistenciales, mediante una

comparativa pre y post pandemia de los estándares de calidad asistencial en atención primaria del paciente crónico, así como de la percepción subjetiva que el paciente crónico, como agente central, tiene sobre la evolución de estos estándares.

En último lugar, recalcamos que existen pocos estudios cuantitativos que hagan referencia al impacto de la Covid-19 en este ámbito de estudio. Esto añade el ingrediente de originalidad a nuestro estudio.

3. Revisión bibliográfica y antecedentes

Para la revisión bibliográfica y de los antecedentes de estudios relacionados con el impacto de la Covid en la calidad asistencial en atención primaria se ha utilizado los términos de búsqueda en castellano, catalán e inglés indicados en la tabla 1.

Tabla 1: Términos usados para la revisión bibliográfica.

PALABRA CLAVE CASTELLANO	SINÓNIMOS EN CASTELLANO	PALABRA CLAVE INGLÉS
Coronavirus	Covid-19	Coronavirus
Atención primaria	Centro de atención primaria	Primary care
Cronicidad	Paciente crónico	Chronicity
Calidad	Excelencia	Quality
Asistencia	Consulta	Assistance
Percepción	Experiencia	Perception

La búsqueda bibliográfica se realizó mediante diferentes bases de datos concluyendo con un total de 44 referencias bibliográficas. En el anexo 4 se puede consultar el detalle de las consultas realizadas, número de artículos encontrados y artículos seleccionados por cada base de datos. En Dialnet se determinaron 11 como idóneos por estar relacionados con el tema estudio artículos, en PubMed se seleccionaron 25, en CINAHL se seleccionaron 2 y en IBECs se escogieron 6. Mediante google se realizó la búsqueda de la búsqueda de documentos oficiales sobre datos sociodemográficos de la cronicidad siendo los datos más recientes en Cataluña del año 2014 y declaración del estado de alarma.

Existen diferentes artículos publicados que exponen el impacto de la pandemia en la atención a personas con problemas crónicos de salud. A continuación, se exponen sus principales aportaciones al proyecto distribuidas por subtemática.

3.1 Atención primaria en contexto de pandemia

El sistema de atención primaria es la puerta de entrada al Servicio Nacional de Salud³³. Su funcionamiento durante la pandemia va a depender de las listas de espera y colapsos hospitalarios. Es por este motivo que se orienta a la reorganización de los centros de salud con, por ejemplo: un triaje enfermero en la puerta de entrada, consultas de atención a pacientes susceptibles a Covid y consultas para atender descompensaciones del paciente crónico.³³.

No debemos olvidar que atención primaria es el mejor nivel asistencial para llegar de forma equitativa y preventiva a toda la población²². Otras investigaciones, por ejemplo, han alertado que municipios con mejor cobertura en atención primaria durante la fase de pandemia presentaron unos menores niveles de mortalidad y letalidad³⁴.

Otros estudios se han interesado por los aspectos éticos, como consecuencia de la tensión soportada del sistema. Así, por ejemplo, la SEMERGEN refleja los problemas éticos producidos en atención primaria por la cancelación de actividades programadas, escasa atención domiciliaria y del seguimiento de enfermos crónicos⁸. Incluso se alerta de que la reestructuración de la asistencia sanitaria debido a la pandemia provocó interrupciones en el acceso de los pacientes con enfermedades crónicas o raras³⁵.

Por otra parte, la percepción de profesionales españoles de atención primaria refleja que los pacientes crónicos contienen sus descompensaciones a domicilio por el miedo al contagio, aumentando el sufrimiento observado en estos pacientes¹⁶. En esta línea, diversos profesionales de salud lamentaron la elevada actividad asistencial relacionada con la atención a la Covid, con un empeoramiento de de los pacientes crónicos causados por el aislamiento, la incomunicación y la inmovilización, y reivindicaron la necesidad de recuperar progresivamente la actividad incorporando mejoras organizativas¹⁰.

Otro aspecto para tener en cuenta es la repercusión de confinamiento en los pacientes crónicos. Una investigación realizada durante el confinamiento a pacientes con enfermedades crónicas detectó una disminución substancial de las actividad sociales, recreativas y profesionales, atribuida al miedo al contagio¹⁸. Esta misma aportación añade otros problemas detectados como son

la depresión, la soledad, el aislamiento y la suspensión de un 10% de las hospitalizaciones programadas. Precisamente, en referencia a los problemas de soledad y salud mental, otro estudio que evaluó los síntomas depresivos y de ansiedad, soledad e insomnio, identificó aumentos significativos de estas alteraciones y un aumento de un 22% de la pérdida de visitas, después del inicio del brote⁷.

En esta misma dirección, otra investigación evaluó el impacto global en la atención rutinaria de patologías crónicas³⁶. Las patologías más afectadas debido a la reducción del número de visitas fueron con un 38% en diabetes, un 9% en enfermedad obstructiva crónica, un 7% en enfermedad cardíaca, un 7% en asma, 6% en cáncer y 6% en depresión³⁶. Además, la valoración por los pacientes de la atención recibida resultó en un 48% como regular y un 26% como buena, mientras que la calificación de los efectos a los pacientes por parte de los profesionales fue de un 67% como moderados o severos, lo que puede tener consecuencias graves³⁵.

A nivel global, en pacientes que padecen enfermedades no transmisibles, a más a más de padecer alteraciones por factores específicos de la enfermedad, son susceptibles ante factores directos e indirectos del sistema de salud⁷, pudiendo afectar de diferente forma a personas con patologías preexistentes y existiendo la posibilidad de dar lugar a nuevas secuelas. Todo ello alerta de que el alcance de la gravedad del impacto continuará desarrollándose mucho después del control de la pandemia.

3.2 Atención sanitaria durante la pandemia, según patología crónica

- **Cardiovascular y riesgo renal.** Los pacientes con riesgo cardiovascular y riesgo renal son considerados como pacientes especialmente vulnerables a una mayor morbilidad y mortalidad, pudiéndose ver mayormente agravadas por las complicaciones que afectan a los mismos órganos tras la Covid²⁸. En este sentido, existen alertas de que la redirección de los recursos sanitarios tendrá efectos negativos en la atención a las enfermedades cardiovasculares²⁶. Por ejemplo, otras publicaciones apuntan al aumento de la ansiedad,

depresión, ideación suicida y estrés postraumático a causa del aislamiento social, magnificando el efecto potencial sobre esta patología²⁵.

- **Oncológica.** En el campo de la oncología los pacientes presentan un riesgo elevado, por su enfermedad de base, donde uno de los retos es mantener la calidad asistencial de cara a posibles rebrotes o momentos futuros conviviendo con la infección²⁴. La pandemia ha impactado en el diagnóstico, tratamiento, mortalidad e impacto emocional en estos pacientes. El balance beneficio- riesgo del retraso del tratamiento frente al esperable beneficio potencial es necesario individualizarlo²⁴. Debemos tener en cuenta que un retraso de 6 meses de cirugía de cáncer de pulmón, en estadio I provoca una reducción estimada de la supervivencia del 27%, en estadio II del 33,7% y en el III del 28,09%²⁴. Otro estudio añade el mayor riesgo de contagio que tienen los pacientes oncológicos en exposición comunitaria y en la atención médica²⁷. Otra investigación calculo una prevalencia de pacientes en unidades de cuidados intensivos del 28,8% (hipertensión) y del 16,7% (diagnóstico oncológico)²³.
- **Respiratoria.** Los pacientes con problemas respiratorios padecieron una reducción de la actividad de los centros del sueño en Europa en un 80%²⁷. Ante esta situación las sociedades nacionales respondieron proporcionando estrategias de reapertura gradual pospusieron la mayoría los motivos no urgentes²⁷. Se detecta la necesidad urgente de reiniciar la actividad con seguridad y donde proponen el uso de la telemedicina²⁷.
- **Atención domiciliaria.** En el contexto domiciliario, una investigación expone tres experiencias llevadas a cabo en España sobre como adaptaron la atención a la cronicidad en tiempos de pandemia¹⁶. La primera prioriza las actividades asistenciales a domicilio, la segunda la creación de un equipo de soporte intrahospitalario y la tercera en la que se reubicó la atención de los pacientes a domicilio con el liderazgo enfermero. La investigación muestra todo y la adaptación, una disminución de los pacientes atendidos respecto años previos¹⁶. Una posible causa, el miedo al contagio, todo y aumentar un 20% la

actividad global de atención a domicilio¹⁶. No obstante, los profesionales percibieron que la atención proporcionada durante la pandemia no se podía equiparar a la prestada anteriormente¹⁶. En esa misma línea, otra investigación llevada a cabo también en España describe la atención domiciliaria como una herramienta fundamental durante la pandemia ¹⁸ (Martínez-Riera). En este contexto, la atención domiciliaria presencial aumenta el seguimiento de las personas crónicas y terminales, permitiendo la atención segura de estos pacientes por el riesgo de infección y pudiendo ser complementario a la no¹⁸.

3.3 Nuevos canales comunicativos (visita virtual y atención telefónica)

El contexto de pandemia ha intensificado la implementación de nuevos canales comunicativos, como el seguimiento no presencial. En este ámbito, una investigación sobre el seguimiento en pacientes con insuficiencia cardíaca describe que el 83,7% de las visitas fueron no presenciales y un 16,2% presencial³⁶. Sobre los motivos de consulta, el 48,1% de las visitas fueron por aparición de síntomas, un 14,8% por empeoramiento y un 32,5% para seguimiento³⁶. En este mismo ámbito, otro estudio llega a la conclusión de que, aunque existe la necesidad del uso de herramientas telemáticas, nunca deben substituir la atención presencial¹⁷. No obstante, la SEMERGEN apunta a la necesidad del uso de la telemedicina para facilitar los problemas de atención derivados del distanciamiento social, y el seguimiento al paciente crónico mediante la vía telefónica⁸. En contrapartida, la Asociación Americana Mundial añade la dificultad de que no permite el examen físico del paciente, disminuyendo en ocasiones la calidad de la asistencia proporcionada⁸.

Diversos estudios muestran los resultados positivos de las consultas no presenciales en pacientes crónicos, evitando un 88% de las consultas presenciales. No obstante, la visita no presencial, no se considera el medio adecuado para todo según qué tipo de demandas¹². En esta misma dirección, la Sociedad Española de Hipertensión y la Liga Española de la Hipertensión Arterial¹³ destacan la relevancia del seguimiento de los pacientes durante la

pandemia por vía no presencial, proporcionando accesibilidad en el seguimiento de los pacientes hipertensos y con riesgo cardiovascular¹³. Sin embargo, este mismo estudio plantea la necesidad de establecer normas de seguimiento para la atención no presencial con el objetivo de evitar riesgos anteriormente comentados, por lo que se orienta en el futuro como un complemento, pero no como una sustitución de la atención presencial. Otra problemática detectada en otro estudio fue que no todos los pacientes disponen de la tecnología para realizar vistas no presenciales³⁶.

Sobre la tipología de actividad asistencial, en un estudio realizado en atención primaria, se describió que un 61,9% corresponde al modelo de e-consulta y el 28,1% al modelo presencial³². En referencia a las visitas realizadas por e-consulta el 21,4% no precisó consulta presencial posterior, el 30,4% una consulta y un 48,2% dos o más, mientras que la resolución de la atención telefónica no llegó a un 1%³².

La telemedicina se define como un método novedoso de interacción asistencial en el contexto de la pandemia¹⁵. Este estudio concluye que para ello es necesario disponer de tecnología y formar a los profesionales para incorporarlo a causa de la dificultad inicial de implementación. Mediante esta herramienta se pueden alcanzar niveles altos de resolución de problemas y otros motivos de consulta sin necesidad de desplazamientos al centro.

Por último, otras investigaciones han puesto el foco de atención en los pacientes, identificando que la no presencialidad puede afectar negativamente a la calidad asistencial percibida³⁸.

3.4 Estilos de vida

Los estilos de vida también se vieron afectados por la pandemia. Por ejemplo, una investigación realizó una comparativa entre los niveles de actividad física antes y después de la Covid en pacientes crónicos, concluyendo en una disminución de la actividad física tanto en hombres como en mujeres²⁰. Otra investigación evaluó los hábitos alimentarios, de ejercicio físico y tabaco¹⁴. Un 46% de la muestra indicó estar comiendo más que antes del confinamiento, un

54% aumentar la comida entre horas (atribuyéndolo a la ansiedad en un 40%) y un 44% de la muestra había aumentado de peso (2,8 kilogramos de media).

En ese mismo sentido, una revisión sistemática³⁹ detectó un aumento de peso durante la cuarentena entre 0,5 kg y 1,8 kg ($\pm 2,8$ kg) en 2 meses de cuarentena, un aumento del sedentarismo, de la frecuencia de bocadillos, de la ingesta de alcohol, alimentación emocional y la disminución de la calidad del sueño. Otra investigación en España que describe los cambios auto informados de comportamientos durante la pandemia en hábitos de vida reportaron cambios de actividad física en un 70,2% de la población⁴⁰.

Sobre el hábito tabáquico, otra investigación alertó que del 20% de las personas fumadoras que conformaron la muestra el 42% fumaron más durante el confinamiento¹⁴.

3.5 Los estándares de calidad asistencial en tiempo de pandemia

Algunas investigaciones identificaron que una mejora de la percepción sobre la calidad asistencial recibida y de la accesibilidad durante el estado de alarma, en población infantil y en oftalmología⁴¹.

Sin embargo, son numerosos los estudios que alertan de una pérdida de calidad asistencial en tiempo de pandemia. Para medirla, los indicadores de Estándares de Calidad Asistencial (EQA) se crearon para medir la calidad de la atención proporcionada por los profesionales de atención primaria. En Cataluña, por ejemplo, la construcción de la EQA involucró a expertos que propusieron un total de 339 indicadores³¹. Las fases del proyecto fueron establecer la población de referencia, seleccionar los problemas de salud, definir, seleccionar y deliberar sobre los subindicadores, construir y publicar la EQA. El EQA se calcula mensualmente mediante un proceso automatizado. La creación de la EQA ha demostrado ser útil para la medición de la calidad de la atención de atención primaria servicios de atención. Todo y eso, se alerta de que se debe trabajar en la importancia del registro como punto de mejora en todas las bases de datos³¹.

En dos investigaciones se evaluaron el impacto de la pandemia en el EQA. El primero analizó el impacto de la epidemia de COVID-19, las medidas de encierro

en el seguimiento y control de enfermedades crónicas en atención primaria⁴². Se analizan los resultados de 34 indicadores del Estándar de Calidad Sanitaria (EQA), que comprenden diferentes tipologías: tratamiento (4), seguimiento (5), control (10), cribado (7), vacunaciones (4) y prevención cuaternaria (4)⁴². Los resultados muestran el porcentaje de variación de cada indicador en marzo y abril de 2020 con respecto a los resultados del 2019. Se definieron como indicadores con efecto negativo aquellos con un mayor cambio negativo o una menor variación positiva en 2020 en comparación con 2019; e indicadores con efecto positivo aquellos con mayor cambio positivo o un cambio negativo menor⁴². Los indicadores de EQA con efecto negativo fueron el 85% del total en marzo y del 68% en abril de 2020⁴². El 90% de los indicadores que hacen referencia al seguimiento disminuyeron. El indicador de control del LDL en pacientes con cardiopatía isquémica o con accidente vascular cerebral descendió un 2,9% en marzo y un 4,9% en abril del 2020 respecto datos del 2019. El control de hemoglobina glicosilada en diabéticos tipo 2 descendió un 1,2% en marzo y un 1,86% en abril 2020 versus 2019. El control de la tensión arterial decayó un 2,13% en marzo y un 2,59% en abril 2020 comparado con 2019. El control de los anticoagulantes no se produjo ninguna variación. Los indicadores con más efecto negativo fueron el pie diabético con un decrecimiento del 2,86% en marzo y una mengua del 4,13% en abril 2020 respecto 2019. Respecto a la valoración integral en domicilio el descenso fue en marzo del 3,30% y en abril del 4,01 2020 versus 2019. El despistaje de la retinopatía diabética la reducción fue del 0,78% en marzo y del 2,18% en abril 2020 respecto 2019. El número de pacientes atendido se redujo comparado con el 2019. En marzo del 2020 se produjo una reducción del 0,51% en pacientes con diabetes tipo 2, 0,48% hipertensión y 0,67% fibrilación auricular y el número de pacientes tratado con anticoagulantes con 6 do más controles se redujeron el 1,08%. Finalmente, entre los indicadores de prevención cuaternaria, observamos efectos negativos en marzo y abril, aunque en ese caso una insuficiencia menor que significa un mejor resultado clínico.

Un segundo estudio analizó el impacto de la COVID19 en el modelo asistencial en atención primaria, en los indicadores de calidad asistencial de las enfermedades crónicas y en las actividades de promoción de la salud. Se realizó

un estudio descriptivo retrospectivo en 11 centros de atención primaria, correspondientes a 3 áreas básicas de salud (ABS) rurales de la Región Sanitaria de Girona (Cataluña) ⁴³. Las variables se clasificaron en: actividad asistencial, estándares de calidad asistencial y actividades de promoción de la salud. El estudio incluyó 7 estándares de calidad asistencial, relacionados con las realizadas. Durante el año 2020, el 50,1% de las visitas fueron virtuales, aumentando este porcentaje en los meses con más incidencia de COVID-19. Se concluyó que todos los estándares de calidad asistencial disminuyeron, especialmente los relacionados con la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. El cribado del pie diabético fue el indicador más afectado, pasando de un 69,14% de personas con buen control del pie diabético en enero a un 31,76% en diciembre. El cribado de retinopatía diabética 82,54 en enero vs. 60,73% en diciembre, el control de la presión arterial en diabéticos 80,21 en enero vs. 58,69% en diciembre y el control de la presión arterial en hipertensos 66,07 en enero vs. 45,13% en diciembre fueron otros estándares con mayor disminución. Contrariamente, el cálculo del riesgo cardiovascular fue el estándar con menor disminución. El hecho de que su cálculo no precise interacción con el paciente podría explicar un mejor resultado del indicador. Sin embargo, otros indicadores que tampoco requieren de una visita sincrónica no se comportan igual, lo que sugiere un posible infra diagnóstico de dislipemia durante la pandemia. Con relación a la incidencia por COVID-19, a medida que esta aumentaba, el cumplimiento de los estándares de calidad asistencial disminuía significativamente. El cribado del pie diabético y el control de tensión arterial en diabéticos enfermedades crónicas más prevalentes en AP: diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El cribado con retinografía disminuyó principalmente en el ABS 3, en donde las retinografías son asumidas por las enfermeras del centro; el resto de ABS tienen el servicio externalizado. La media de la verificación de inhaladores en las tres ABS fue del 75,17% (estándar relacionado con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica). La ABS 3, que incorporó estudiantes de enfermería para el control telemático de estos pacientes, mantuvo el indicador de verificación de inhaladores por encima del 80% durante todo el año. No se realizó ninguna actividad comunitaria relacionada con las enfermedades crónicas⁴³. Así pues, se alertó que la pandemia por COVID-19 ha transformado el modelo asistencial en

AP, igualándose en porcentaje la visita virtual y presencial, con un impacto negativo sobre todos los estándares de calidad asistencial de las enfermedades crónicas, especialmente en la diabetes y la hipertensión arterial y en los territorios sin gestor COVID. Los estándares de calidad asistencial de las enfermedades crónicas controlables de forma virtual y asíncrona obtienen, sin embargo, mejores resultados⁴³.

Otras investigaciones se han orientado al estudio de la calidad asistencial desde el punto de vista de los pacientes. Existe un estudio en el que se aplicó método cualitativo, mediante grupos focales virtuales realizado en Andalucía sobre el impacto del confinamiento en los pacientes crónicos¹⁸. Mediante grupos focales con pacientes crónicos se concluyó que habían sufrido dificultades más allá del riesgo de contagio como son interferencias en el cuidado y en la atención sanitaria recibida.

Otro aspecto que valorar es la satisfacción de los pacientes respecto la atención no presencial. Un estudio realizado por el Ministerio de Sanidad³⁰ mediante grupos focales obtuvo que el 95,44% estaban satisfechos, el 98,57% pudieron resolver sus dudas y un 69,9% lo consideraron útil.

4. Aportaciones e interés del estudio

A nuestro entender, este proyecto de investigación incluye diversas aportaciones relevantes a este ámbito de estudio.

La aportación principal es conocer el impacto que ha tenido la Covid en el sistema de seguimiento de personas con enfermedades crónicas. Por el momento, existe una escasa información debido a que es un problema originado recientemente y que ha precisado de una elevada intensidad del sistema de salud para dar respuesta.

En segundo lugar, otro elemento de interés es el hecho de tratarse de un proyecto de investigación que contribuye al estudio de los problemas de salud crónicos, cuya prevalencia es cada vez mayor, con una tendencia al auge a medida que pasan los años siendo un problema cada vez con mayor impacto en la sociedad.

En tercer lugar, en su fase cualitativa permite dar voz a las personas que padecen enfermedades crónicas y son el centro del sistema sanitario, transmitiendo su experiencia y su visión de esta nueva situación. A partir de los datos obtenidos orientan el punto de partida teniendo en cuenta la experiencia del paciente hacía aquellas patologías crónicas que han recibido mayor impacto debido a la disminución de su seguimiento durante la Covid-19 y por las que hay que priorizar estrategias para disminuir el impacto en la salud de los pacientes crónicos.

En cuarto lugar, su aplicabilidad, propocionando herramientas para generar y adaptar las estrategias evaluando nuevas vías de comunicación que han irrumpido durante la pandemia. Derivado de la pandemia y la necesidad de distanciamiento social, se han producido variaciones en el canal de atención aumentando el método de comunicación, entre paciente y profesional sanitario, la visita virtual o no presencial de tipo sincrónico o asincrónico. Esta investigación también evalúa si las visitas no presenciales cubren las necesidades del paciente crónico y si mediante esta se proporciona una buena calidad asistencial según los resultados de los estándares de calidad asistencia. Este nuevo canal comunicativo sigue siendo en atención primaria el más prevalente, se realizan

más visitas virtuales que presenciales, una forma de atención muy diferente que es necesaria evaluar tanto mediante indicadores de calidad asistencial.

5. Objetivos e Hipótesis

5.1. Objetivos (general y específicos)

Una vez focalizado el tema de estudio, construido el marco teórico e identificado el estado de la cuestión, el objetivo general de nuestra investigación es evaluar el impacto que la pandemia ha tenido en los estándares de calidad asistencial y en el seguimiento de los pacientes crónicos adultos atendidos en atención primaria en Catalunya.

De este objetivo general nacen los siguientes objetivos específicos:

- Identificar como han variado la calidad asistencial en la atención a la cronicidad en el adulto en un período de 5 años (2019-2020-2021-2022-2023).
- Estudiar la evolución de los parámetros de calidad asistencial en los siguientes ámbitos: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, patología cardiovascular, enfermedades respiratorias, lesiones por presión, valoración geriátrica, actividad física y accesibilidad a la visita.
- Conocer el impacto y la experiencia del paciente adulto crónico en las nuevas formas de consulta telemática, entre ellos los pacientes crónicos en la calidad asistencial.
- Comprender desde la perspectiva del paciente crónico la percepción del impacto de la Covid en sus patologías crónicas y los aspectos que han mejorado o han empeorado comparando la atención recibida antes y después de la pandemia.

5.2. Hipótesis

La hipótesis general que guía este proyecto de investigación es la siguiente:

El impacto que la pandemia por COVID ha tenido en el sistema de atención primaria ha generado una pérdida de calidad asistencial en una amplia diversidad de ámbitos de intervención, originando barreras entre el sistema de atención primaria y el paciente crónico. Esta pérdida de calidad asistencial es identificada y percibida por los pacientes crónicos como un factor de empeoramiento en el proceso de seguimiento y control de su patología crónica.

6. Metodología

El proyecto de investigación está compuesto por dos fases, la primera de ellas con un enfoque cuantitativo y la segunda con una mirada cualitativa.

6.1. Enfoque cuantitativo

6.1.1 Diseño

En la primera fase del diseño del estudio se ha utilizado metodología cuantitativa para analizar los datos objetivos que se disponen respecto a la calidad asistencial del paciente crónico en atención primaria, mediante una investigación descriptiva ecológica de series temporales. La temporalidad del estudio es longitudinal, a partir de los datos del año 2021 se compararán con los datos obtenidos en el año 2020 y del año 2019, y se prolongará con el 2022 y 2023 obteniendo una perspectiva temporal de 5 años. Este último el año en el que no había empezado la pandemia por Covid-19, y por lo tanto reflejo de la situación de los diferentes indicadores de calidad asistencial antes de la pandemia. El estudio será realizado con datos de población de Cataluña.

6.1.2. Población

Los datos evaluados en esta fase del estudio son poblacionales y hacen referencia a la totalidad de los pacientes mayores de 14 años que han sido visitados en Cataluña en un centro de atención primaria.

No se ha realizado un estudio ni cálculo del tamaño del muestreo debida que los datos son extraídos de toda la población de Cataluña. Los criterios de inclusión se han basado en la población catalana mayor de 14 años. En el apartado de variables a estudio se detalla de cada indicador los criterios de exclusión específicos (tabla 2)

6.1.3 Variables a estudio

Las variables a estudio son el seguimiento de la enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, obstrucción respiratoria crónica, actividad física, atención domiciliaria, úlceras por presión, atención telemática y accesibilidad.

El motivo de su elección es que son las patologías crónicas cuyo seguimiento es liderado mayoritariamente por atención primaria.

La elección de las variables de estudio ha venido determinada según los datos que nos proporciona la fuente de datos utilizada en el proyecto. Los datos existentes nos proporcionan información de aquellas enfermedades crónicas donde el seguimiento es liderado mayoritariamente por atención primaria y donde tiene mayor peso en su intervención.

A continuación, se desarrollan al detalla las diferentes variables a estudio (tabla 2):

Tabla 2. Descripciones variables a estudio e indicadores

+EQAG01 - Enfermedad cardiovascular	
+EQA0202 – Buen control de tratamiento anticoagulante	<p>Porcentaje de personas entre 14 y 90 años con diagnóstico de fibrilación auricular y en tratamiento con anticoagulantes orales (antagonistas de la vitamina K) controlados en atención primaria (con 6 o más controles en el último año) con buen control de INR.</p> <p>EXCLUSIÓN: Pacientes sin tratamiento con anticoagulantes orales antagonistas de la vitamina K que no se encuentre en los 14 y 90 años</p>
+EQA0204 - Control LDL en CI/AVC	<p>Porcentaje de personas entre 14 y 80 años, con el diagnóstico d'AIT y/o de Ictus Isquémico y/o Cardiopatía isquémica, en que la última determinación durante el último año de colesterol LDL es inferior o igual a 120 mg/dl.</p> <p>EXCLUSIÓN: Pacientes sin d'AIT y/o d'Ictus Isquémico y/o Cardiopatía isquémica que no se encuentre en los 14 y 80 años</p>
+EQA0205 - Control TA en CI/AVC	<p>Porcentaje de personas entre 14 y 80 años con diagnóstico de cardiopatía isquémica (CI) y/o accidente vascular cerebral (AVC/AIT) en que la media de las 3 últimas medidas de presión arterial (PA) durante el período de evaluación es inferior o igual a 140/90</p> <p>EXCLUSIÓN: Pacientes sin d'AIT y/o d'Ictus Isquémico y/o Cardiopatía isquémica que no se encuentre en los 14 y 80 años</p>
+EQAG03 - Hipertensión arterial	
+EQA0213 - HTA: Control de la TA	<p>Porcentaje de población entre 14 y 80 años con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) en que la media de las 3 últimas medidas de la presión arterial (TA) durante el último año son de 150/95 (o \leq 160/95 si tiene 60 o más años).</p> <p>EXCLUSIÓN: Pacientes no diagnosticados de hipertensión arterial que no se encuentre en los 14 y 80 años</p>
+EQAG04 - Dislipemia	
+EQA0214 - Control LDL en pacientes con alto RCV	<p>Control LDL en pacientes con alto riesgo cardiovascular según REGICOR⁴⁴</p> <p>EXCLUSIÓN: Pacientes si riesgo cardiovascular</p>

<p>+EQA0215 - Dislipemia: Cálculo del RCV</p>	<p>Porcentaje de población entre 35 y 74 años, con el diagnóstico de hipercolesterolemia, en que consta la medida del riesgo cardiovascular con el método REGICOR, como mínimo una vez des del diagnóstico. EXCLUSIÓN: Pacientes sin dislipemia y que no se encuentran entre los 35 y 74 años.</p>
<p>+EQAG02 - Diabetes mellitus tipo 2</p>	
<p>+EQA0208 - DM2: Cribado del pie diabético</p>	<p>Porcentaje de población mayor de 14 años y menor de 80, con diagnóstico de diabetes mellitus tipos 2, en que se ha realizado una revisión en el último año de los pies. EXCLUSIÓN: No padecer diabetes mellitus 2 y que no se encuentre en los 14 y 80 años</p>
<p>+EQA0209 - DM2: Control HBA1C</p>	<p>Porcentaje de población mayor de 14 años y menor de 80, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), en qué en la última determinación de hemoglobina glicada en el año anterior no es inferior o igual a 8%. EXCLUSIÓN: No padecer diabetes mellitus 2 y que no se encuentre en los 14 y 80 años</p>
<p>+EQA0210 - DM2: cribado retinopatía</p>	<p>Porcentaje de población entre 14 y 80 años, con diagnóstico de diabetes mellitus tipos 2 (DM2) en que no se ha realizado el despistaje de retinopatía en los dos últimos años. EXCLUSIÓN: No padecer diabetes mellitus 2 y que no se encuentre en los 14 y 80 años</p>
<p>+EQA0212 - Control TA en DM</p>	<p>Porcentaje de población entre 14 y 80 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en que la mediana de las 3 últimas medidas de la presión arterial durante el último año es inferior a 150/95. EXCLUSIÓN: No padecer diabetes mellitus 2 y que no se encuentre en los 14 y 80 años</p>
<p>+EQAG05 - Obstrucción respiratoria crónica</p>	
<p>+EQA0220 - Verificación inhaladores</p>	<p>Porcentaje de población entre 14 y 80 años, con diagnóstico de enfermedad obstructiva crónica o bronquiectasias y tratada con inhaladores, en que conste un adiestramiento o valoración de la técnica inhalatoria. EXCLUSIÓN: No padecer enfermedad obstructiva crónica o bronquiectasias sin tratamiento con inhaladores 2 y que no se encuentre en los 14 y 80 años</p>

+EQAG08 – Actividad Física (Actividades preventivas)	
+EQA0306 - Mejora de la actividad física en pacientes insuficientemente activos con FRCV	<p>Porcentaje de población entre más de 14 años i 69 años insuficientemente activa con factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Pacientes con DM, obesidad, sobrepeso, dislipemia, hipertensión y/o fumadores que en el último año o se mantienen en una actividad física adecuada</p> <p>EXCLUSIÓN: No ser insuficientemente activo ni DM, obesidad, sobrepeso, dislipemia, hipertensión y/o fumadores y que no se encuentre en los 14 y 69 años</p>
+EQAG10 – ATDOM	
+EQA0401 - Valoración integral de las personas en atención domiciliaria (ATDOM)	<p>Porcentaje de población mayor de 14 años, incluidas en atención domiciliaria en que se ha valorado la dependencia (escala Barthel), el estado cognitivo (test Pfeiffer o cualquier otro test que evalúe el estado cognitivo) y el riesgo social, o bien que se evaluara la complejidad, como mínimo una vez durante el periodo de evaluación.</p> <p>EXCLUSIÓN: No ser mayor de 14 años y no ser incluido en el programa de atención domiciliaria</p>
+EQA0402 - Valoración del riesgo de úlceras por presión (UPP) en personas ATDOM	<p>Porcentaje de población mayor de 14 años, incluidas en atención domiciliaria con un test de Braden registrado de <40, en que se ha valorado el riesgo de úlceras por presión mediante el Test Braden o la valoración de enfermería, como mínimo una vez en el año.</p> <p>EXCLUSIÓN: No ser mayor de 14 años y tener un Barthel de igual o más de 40 y no ser incluido en el programa de atención domiciliaria</p>
+NFC0001 - Prevalencia de UPP	<p>Prevalencia de UPP en los pacientes incluido en el programa ATDOM</p> <p>EXCLUSIÓN: Ser menor de 14 años. No estar incluido en el programa ATDOM</p>

Telemática	
+ECONS0002 - % de pacientes que han usado la eConsulta más de una vez (12 meses)	<p>Porcentaje de población que ha utilizado la e-consulta más de una vez en los 12 últimos meses.</p> <p>EXCLUSIÓN: No existen</p>
+ECONS0008 - Mediana de días que tarda el profesional en responder el primer mensaje de sus pacientes (12 meses)	<p>Mediana de días en los últimos 12 meses que los profesionales tardan en dar respuesta a la e-consulta</p> <p>EXCLUSIÓN: No existen</p>
Accesibilidad	
+ACC2D -Accesibilidad 48 horas	<p>Porcentaje de pacientes que se estima que pedirían visita con su profesional (medicina de familia, enfermería, pediatría, odontología) que encontrarían visita dentro de los 2 días laborables posteriores a consultar la disponibilidad.</p> <p>EXCLUSIÓN: No existen</p>
+ACC5D - Accesibilidad 5 días	<p>Porcentaje de pacientes que se estima que pedirían visita con su profesional (medicina de familia, enfermería, pediatría, odontología) que encontrarían visita dentro de los 5 días laborables posteriores a consultar la disponibilidad.</p>
+ACC10D - Accesibilidad 10 días	<p>Porcentaje de pacientes que se estima que pedirían visita con su profesional (medicina de familia, enfermería, pediatría, odontología) que encontrarían visita dentro de los 10 días laborables posteriores a consultar la disponibilidad.</p> <p>EXCLUSIÓN: No existen</p>

6.1.4 Variables de confusión

Cómo variables de confusión podemos encontrar aquellos pacientes donde el diagnóstico de su patología crónica no se ha realizado según marcan los protocolos vigentes creados por los especialistas de cada patología. También encontramos pacientes que no siguen el tratamiento o las recomendaciones realizadas por los profesionales sanitarios y el no obtener buen control no es resultado del no seguimiento del profesional.

6.1.5 Instrumentos de recogida de información

Los diferentes indicadores los constituyen grupos de expertos con representación de asociaciones científicas siguiendo las indicaciones de las diferentes guías de práctica clínica específica para cada patología. El indicador se constituye como un porcentaje respecto la población sensible a ese indicador estableciendo unas bandas de consecución mínimas esperadas y máximas.

Se recogerán los datos de las variables en fecha diciembre del 2019, período donde no había presencia de la variable independiente Covid-19 y datos actuales de diciembre de 2021.

El método de recogida de datos se fundamenta en la explotación de los diferentes indicadores de calidad asistencial y de actividad asistencial referentes a cronicidad

6.1.6 Análisis datos

Para realizar el análisis de los datos se ha realizado un análisis descriptivo, sin necesidad de realizar inferencia debido a que los datos mostrados corresponden a la población catalana. Para ello se ha utilizado el programa PSPP.

Se realiza el análisis y la comparativa de los resultados en el grupo de población atendida en centros públicos y en la red concertada sobre el seguimiento de la patología cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, obstrucción respiratoria crónica, actividad física, atención domiciliaria, úlceras por presión, atención telemática y accesibilidad del año 2019, año control sin Covid, 2020 y 2021.

La variable estándar de calidad asistencial se basará en una puntuación total a partir de la suma de la consecución de diferentes indicadores que puntúa de 0 a

1000 puntos, cómo más puntos más calidad asistencial (indicadores en anexo 1). Esta variable representa en su mayoría la población con problemas crónicos siendo un indicador que orienta hacia la calidad asistencial proporcionada desde atención primaria a la población.

El resultado de las diferentes variables conformado por indicadores se determina el grado de consecuencia mediante un porcentaje, a excepción de tiempo de respuesta de los profesionales a la e-consulta (que es una media). Las variables serán representadas mediante el gráfico de barras.

6.2 Enfoque cualitativo

La segunda fase del proyecto de investigación se realizará mediante el uso de diferentes técnicas cualitativas para conocer la percepción de los pacientes con un inicio previsto para principios del 2023. Se ha escogido la metodología cualitativa por ser la técnica que mejor da respuesta a la pregunta sobre cuál es la experiencia del paciente crónico durante la pandemia, que cambios ha percibido previa a la pandemia y su opinión respecto a los nuevos canales de comunicación no presenciales. Debemos de tener presente que cada vez más la experiencia del paciente tiene mayor peso en la toma de decisiones en estrategia sanitaria y para ello el método cualitativo nos puede aportar gran información.

6.2.1 Diseño

El diseño se basa en la triangulación de dos técnicas cualitativas, la entrevista y la observación.

6.2.2 Población diana

Pacientes mayores de 18 años con problemas de salud cardiovascular que realiza seguimiento en atención primaria en Cataluña desde antes de la pandemia.

Poniendo el foco en la patología cardiovascular debido a la relevancia del problema por ser la primera causa de mortalidad, sin tener en cuenta las muertes por Covid, y donde atención primaria tiene un papel fundamental en su seguimiento.

6.2.3 Técnicas cualitativas

Esta segunda fase de la investigación se basa en un estudio fenomenológico donde se pretende describir el fenómeno de la Covid-19 en pacientes crónicos. Se recogen las descripciones de los participantes en referencia a las experiencias vividas respecto a la calidad asistencial recibida y las nuevas vías de comunicación, la descripción del impacto global en su cronicidad y las variaciones sobre sus estilos de vida desde el inicio de la pandemia al momento actual.

Con el objetivo de aportar a la investigación mayor robustez y validez, se llevarán a cabo la triangulación de dos técnicas cualitativas. Esto permite disminuir posibles sesgos existentes.

6.2.4 Unidad de observación

Se seleccionarán como informantes claves pacientes con patología cardiovascular, siendo flexible a otras personas y escenarios, pero como motivo de inclusión se tendrá en cuenta aquellos pacientes crónicos adultos que ya habían sido diagnosticados antes de la pandemia y que durante este tiempo han residido y viven en la actualidad en Cataluña. En otras palabras, pacientes que antes de la pandemia ya habían tenido experiencias con el centro de atención primaria en la atención de sus problemas crónicos de salud y disponían de un estilo de vida establecido y que durante la pandemia han continuado viviendo en Cataluña con lo que nos pueden proporcionar información de sus experiencias vividas en esta etapa y establecer diferencias con las anteriores a la pandemia. Será motivo de exclusión aquellos usuarios que no padecen un problema de salud crónico o que no han sido atendidos por el sistema de salud de Cataluña desde antes de la pandemia.

6.2.5 Trabajo de campo

6.2.5.1 Observación participante

Se realizará el trabajo de campo de investigación en centros de atención primaria de Catalunya pidiendo los permisos pertinentes. Para disponer información de las 4 provincias de Cataluña se realizarán 2 observaciones en una de ellas, 8 en

total. Para ello se entregará una carta, donde se explica la investigación y sus objetivos, para llevar a cabo la investigación con el compromiso de confidencialidad de los datos del centro.

La investigación se desarrollará en este campo de investigación debido a que el eje central del sistema sanitario respecto a la atención del paciente crónico en la comunidad es la atención primaria. Este nivel asistencial ha sido durante la pandemia el más reforzado a nivel de recursos debido a que durante la pandemia los hospitales se colapsaron y su actividad se basó en atender pacientes graves con Covid-19, por lo tanto, la atención primaria fue prácticamente el único pilar de atención de pacientes crónicos. Es por este motivo que es el campo más idóneo para acercarnos a la realidad y poder investigar como el paciente crónico ha vivido y percibido el impacto en los estilos de vida y en la calidad asistencial por parte de atención primaria recibida desde el inicio de la pandemia de coronavirus en Cataluña al momento actual.

La observación participante se llevará a cabo en el mostrador del centro, donde se programen pacientes crónicos. La identificación de los pacientes con problemas cardiovasculares es posible debido a que para programar la visita es necesario añadir el motivo de consulta. Se ha escogido el mostrador por el motivo que es el punto donde se centraliza la entrada de demandas de pacientes crónicos tanto presencial, como por vía telemática o telefónica. El mostrador de citación es el lugar del centro de salud donde los usuarios acuden y suelen expresar, o bien, se puede propiciar para que expresen su grado de satisfacción o insatisfacción con la asistencia recibida. De manera que es el sitio donde se puede obtener información mediante la observación participante para comprender la calidad asistencial actual percibida por el ciudadano con patologías crónicas respecto a la atención proporcionada en el centro. Se llevará a cabo de manera encubierta y el observador combinará diferentes roles durante el período en el cual se lleve a cabo. La parte de observación participante se realizará programando las visitas de los pacientes en el mostrador y atención en el punto telefónico y la no participante desde la zona para cursar trámites burocráticos sin paciente cercana al mostrador. Para ello se preparó un guion y una ficha de recogida de información (Anexo 6,7).

6.2.5.2 Entrevista semiestructurada

Una de las técnicas que se utilizarán es la entrevista semiestructurada individual con un paciente crónico fuera del ámbito asistencial. Se contempla la realización de un total de 40 entrevistas, 10 por cada provincia. La técnica escogida es la entrevista unipersonal debido a que la conversación individual facilita la participación libre de los individuos, sin estar condicionada por la presión del grupo, de los juicios sociales. Debido a que nos podemos encontrar con personas con poco manejo tecnológico o bien que no disponen de ellas, o con dificultades en la escritura o lectura y un sinnúmero de casuísticas que podían condicionar sus respuestas a las preguntas en un contexto grupal. Como la pregunta de investigación es conocer la percepción del paciente de calidad asistencial durante la pandemia respecto la experiencia previa, se consideró el método más adecuado para evitar el sesgo de respuestas condicionadas.

Para incluir a los participantes se contactará con los centros de atención primaria, aportando información escrita para facilitar a los usuarios, y aquellos que quieran participar proporcionarán el contacto, previa autorización del paciente, de aquellas personas que quieren participar, que cumplen los criterios descritos en la población a estudio.

Una vez obtenido las personas interesadas en participar se llamará por teléfono, se concretó día, hora y ubicación. El día de la entrevista se entregará y firmará el consentimiento para la participación al estudio, donde se explican los objetivos y el uso de los datos extraídos, aparte de pedir consentimiento para grabar la entrevista asegurando el anonimato, la intimidad y confidencialidad de la información.

Para realizar la entrevista semiestructurada se ha confeccionado un guion con la información a recoger y preguntas orientativas a realizar amoldándose a la dinámica y los sucesos durante el desarrollo (Anexo 5).

6.2.6 Recogida de información y análisis

Con toda la información recogida se elaboró un resumen con los aspectos relacionados a la hipótesis a estudio (Anexo 8)

Toda la información recogida se ordenará y clasificará en las categorías homogéneas, que pudieran estar presente en todas las técnicas utilizadas mediante el soporte del programa Atlas. La clasificación para la explotación de los resultados fue la siguiente (Anexo 8): Enfermedad crónica. Seguimiento de atención primaria antes, después de la pandemia y diferencias (hace referencia a la atención sanitaria). Consultas no presenciales. Impacto Covid en cronicidad (dimensión global).

7. Aspectos éticos

Tanto para la fase 1 y fase de 2 del estudio se han tenido en cuenta las consideraciones éticas. Respecto la fase 1 que es la que se ha desarrollado se ha tenido presente la confidencialidad y la intimidad de los participantes de la población debido a que en ningún momento los datos van relacionados a ningún dato de los pacientes. El beneficio que es obtener información respecto la situación actual en lo que a cronicidad se refiere es mucha mayor al riesgo. El estudio se mueve en los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. En ningún momento del estudio se describen datos individuales si no datos genéricos de la población catalana.

Para el uso de los datos extraídos se pedirá permiso e informará mediante una carta de presentación al organismo oficial (anexo 2-3).

8. Discusión

Estudios muestran la sustitución de las visitas presenciales por telemáticas para reducir el riesgo de contagio aumentando el uso de este canal de comunicación^{11,13}. En un estudio retrospectivo realizado en Málaga recientemente en consultas externas en pacientes con insuficiencia cardíaca, el 83,6% de las visitas fueron por vía telefónica, y el 16,2% fueron por vía presencial³⁷

En esta línea, una investigación concluyó que durante la pandemia se produjo un aumento del 20% en atención domiciliaria¹⁷.

A lo que se refiere a la actividad física los resultados de menor actividad en el 2021 respecto el año 2019³⁹ coinciden con estudios que muestran el impacto de la covid en el descenso de la actividad física coincidiendo con las investigaciones existentes que apuntan hacia una mengua significativa de la actividad física^{22,40}.

Estudios muestran las barreras para el acceso a la actividad de seguimiento³⁵ de los pacientes crónicos en la mengua del control de la tensión arterial, en diabetes, dislipemia, en cardiopatía isquémica y AVC, y del RCV.

El estudio muestra el decrecimiento de visitas por el temor a los pacientes a contagiarse¹⁹, los resultados de un estudio polaco apuntan a un 10% de la cancelación de ingresos hospitalarios por este motivo a una muestra conformada por pacientes crónicos. Otra investigación desplegada en Hong Kong mostró una pérdida de visitas del 22% después del inicio de la pandemia en el 2020⁷.

Existe un estudio en España, en al ámbito de atención primaria, que indica que las visitas no presenciales evitaron el 88% de las consultas presenciales, siendo menor el tiempo que se emplea en ellas¹².

Dos investigaciones realizadas previamente en el mismo contexto muestran el descenso de algunos de los estándares de calidad asistencial que este estudio realizado en población catalana, donde se analizaban los estándares de calidad asistencial obtenido des del inicio de la pandemia en el 2020^{42,43}. El primer estudio se realizó con población catalana de 11 equipos de atención primaria⁴³ mostrando un descenso en el cribado del pie diabético con un 31,76%, cribado de retinopatía diabética de un 60,73%, control de la tensión arterial en diabéticos

de un 58,69% y del control de la tensión en HTA de un 45,13%. En referencia a la segunda investigación⁴² en contexto de población catalana los resultados en abril del 2020.

9. Conclusiones

Las variables sobre el seguimiento de las diferentes patologías engloban pacientes cuyo diagnóstico se ha realizado a partir de las guías de práctica clínica y han sido atendidos para su seguimiento tanto de manera presencial como no presencial.

En el contexto de la cronicidad en domicilio se detecta un aumento de las úlceras por presión y disminución de las valoraciones geriátricas respecto a los datos pre pandemia. Es importante tener en cuenta que para la variable úlceras por presión se produce en el contexto de la cronicidad y es agravado con la inmovilidad, es por este motivo que la mayoría es tratada en el ámbito de domiciliario. Es un problema de salud en que los profesionales de atención primaria tienen un gran impacto en su detección temprana y seguimiento.

En lo referente a la actividad física, en el 2021 es menor todo y que en el 2020 hubo el confinamiento de la población puede ser atribuido todo y que en el 2020 hubo el confinamiento se establecieron rutinas de salir a caminar por el cierre de ocio debido a que era la única actividad permitida en horas concretas. Cuando valoramos la comparativa del 2020 con el 2019 detectamos que el descenso de los indicadores es mayor que en la comparativa del 2021-2019. Una de las posibles causas fue que en el 2020 es cuando se inició la primera ola con el confinamiento de la población y causó el parón de muchas actividades rutinarias de atención primaria. En el 2021 el comportamiento fue a oleadas poniendo en puesta estrategias para la recuperación de la actividad.

Esto nos abre nuevas líneas de investigación sobre la mejora de la accesibilidad en atención primaria des del inicio de pandemia y evaluar si ésta se mantiene en el tiempo. También, como líneas futuras de investigación, es necesario continuar investigando las consecuencias con relación a la calidad de vida, en salud y en esperanza de vida de los pacientes con enfermedades crónicas que es cuándo podremos observar el impacto real.

Finalmente, estos resultados se ampliarán en el futuro (2019-2023) y se complementarán con la visión cualitativa acerca de cómo ha sido vivido por parte de los agentes protagonistas (pacientes crónicos) el impacto que la pandemia ha tenido en los niveles percibidos de calidad asistencial.

10. Limitaciones del estudio

Se han identificado diferentes potencialidades del proyecto de investigación. No obstante, queremos remarcar algunas limitaciones posibles a las cuales prestaremos especial atención.

La primera, todo y que la mayoría de centros tanto públicos como concertados registran la información clínica mediante el programa informático de atención primaria e-cap, aún existen algún centro que está en trámite de adhesión y aún no registran en él. A más a más, existe un porcentaje de la población que tiene doble cobertura y consulta únicamente al seguro privado contratado. La red sanitaria privada dispone de su propia historia clínica a la que no se puede acceder debido a que no comparten los datos mediante la historia compartida de Cataluña. Todo y las limitaciones, es necesario comentar que en Cataluña en comparación con el resto de comunidades autónomas es la comunidad donde el porcentaje de información compartida es más elevada.

La segunda es el posible problema de registro por parte de los profesionales. Todo y que en e-cap hay diferentes maneras de registrar una misma variable si estás se registran en la parte de texto libre, no se puede extraer y por lo tanto contabiliza como actividad no realizada. Es decir, si no se registran las variables en las pantallas de monitorización consta como seguimiento no realizado todo y que se realizara. Añadir que las personas con problemas de salud que nunca hayan consultado en ningún momento con el sistema sanitario quedan excluidas de la muestra al no disponer datos sobre su existencia.

En tercer lugar, este proyecto se focaliará en la percepción de los pacientes (por ser el eje del sistema sanitario), pero en proyectos futuros sería valorable incluir también la visión de los profesionales.

Por último, añadir que el tipo de estudio presenta la limitación de la falacia ecológica al no poder a partir de la información obtenida a nivel grupal hacer inferencia a nivel individual. Los datos representan datos poblacionales y no aseguran el análisis de las diferentes variables en el mismo grupo antes del

estado de alarma y los actuales, durante ese período se han podido producir pérdidas e incorporaciones de diferentes individuos.

11. Bibliografía

- 1.- Generalitat de Catalunya. Institut de Estadística de Catalunya. Barcelona: Insitituto de Estadística de Catalunya; 1992 [2018; 2022]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=anuals&n=10380&lang=es&t=199200>
- 2.- Direcció General de Planificació en Salut. Pla de Salut de Catalunya 2021-2025. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; 2021.
- 3.- Instituto Nacional de Estadística (2020). Encuesta Europea de Salud en España: Estado de salud (estado de salud percibido, enfermedades crónicas, dependencia funcional). Ministerio de Sanidad y Consumo. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888
- 4.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
- 5.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2019
- 6.- Boletín oficial del estado (BOE). Real Decreto 463/2020, de 14 marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria
- 7.- Wong, S., Zhang, D., Sit, R., Yip, B., Chung, R. Y., Wong, C., Chan, D., Sun, W., Kwok, K. O., & Mercer, S. W. (2020). Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilisation: a prospective cohort study of older adults with multimorbidity in primary care. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 70(700), e817–e824. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.3399/bjgp20X713021>
- 8.- Beltran-Aroca C M, González-Tirado M, Girela-López E. Problemas éticos en atención primaria durante la pandemia del coronavirus (SARS-CoV-2). *Semergen* .2021; 47(2): 122–130. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.11.002>

- 9.- Chang A Y, Cullen M R, Harrington R A, Barry M. The impact of novel coronavirus COVID-19 on noncommunicable disease patients and health systems: a review. *Journal of internal medicine*. 2021; 289(4): 450–462. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1111/joim.13184>
- 10.- De Nicolás Jiménez, J. M., Blázquez Recio, L M, Fabregat Domínguez M T, Palomo Cobos L. COVID-19 y esfuerzo asistencial en atención primaria. *Atención primaria*. 2020; 52(8): 588–590. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.002>
- 11.- Mazón Ramos P, Virgós Lamela A, González-Juanatey, JR. Reorganización de la actividad asistencial ambulatoria en la era de la COVID-19: La hora de la e-consulta. *eRev. esp. cardiol*. 2020; 20(supl.E):21-26
- 12.- 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. *Semergen*. 2020; 46(8): 560–565. <https://doi.org/10.1016/j.semerng.2020.08.005>
- 13.- Gijón-Conde T, Rubio E, Gorostidi M, Vinyoles E, Armario P, Rodilla E, Segura J, Divisón-Garrote J A, García-Donaire J A, Molinero A, Ruilope L M. Spanish Society of Hypertension position statement about telemedicine. *Hipertension y riesgo vascular*. 2021; 38(4): 186–196. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2021.03.003>
- 14.- Sinisterra-Loaiza, Vázquez B. Miranda J M, Cepeda A, Cardelle-Cobas A. Hábitos alimentarios en la población gallega durante el confinamiento por la COVID-19. *Nutr. Hosp*. 2020; 37(6):1190-1196
- 15.- Nuñez J, Ruymán P, Fernández D A, Saéz M J, Ma C E, Galdona I, García M M, Álvarez M R. La video-consulta en atención primaria de salud: una experiencia de implantació. *ENE Revista de Enfermería*. 2021; 15(2)
- 16.- Terrero Varilla M. ¿Regresaremos a casa? Cuando el coronavirus se hace presente en Atención Primaria. *Index De Enfermería*. 2021; 29(1-2), 65-66. <http://ciberindex.com/c/ie/e52349>
- 17.- Cuervo Pinna M A, Gisbert Aguilar A, López-Casero Beltrán N. Atención en domicilio a pacientes no COVID-19 en la era COVID: tres experiencias

diferentes. *Med Paliat.* 2020; 27(3): 226-233. DOI: 10.20986/medpal.2020.1168/2020

18.- Prieto Rodríguez M Á, Marcha Cerdá J C, Martín Barato A, Escudero Carretero M, López Doblas M, Luque Martín N. Repercusiones del confinamiento por COVID-19 en pacientes crónicos. *Gac. sanit. Barcelona.* 2020; 35:0-0

19.- Agrawal S., Makuch S, Drózdź M, Strzelec B, Sobieszcańska M, Mazur G. The Impact of the COVID-19 Emergency on Life Activities and Delivery of Healthcare Services in the Elderly Population. *Journal of clinical medicine.* 2021; 10 (18): 4089. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.3390/jcm10184089>

20.- Martínez-Riera J R, Gras-Nieto E. Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma. *Enfermería clinica.* 2021; 31:S24–S28. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.003>

21.- López-Sánchez G F, López-Bueno R, Gil-Salmerón A, Zauder R, Skalska M, Jastrzębska J, Jastrzębski Z, Schuch F B, Grabovac I, Tully M A, Smith L. Comparison of physical activity levels in Spanish adults with chronic conditions before and during COVID-19 quarantine. *European Journal of Public Health.* 2021; 31(1), 161–166. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1093/eurpub/ckaa159>

22.- Riera L, Torrell G. Vulnerabilidad, cuidados y atención primaria. Cronicidad en tiempos de pandemia. *Bioètica i Debat.* 2020; 26: 3-9

23.- Bellido, V., Pérez, A. Consecuencias de la COVID-19 sobre las personas con diabetes. *Endocrinol. diabetes nutr. (Ed. impr.).* 2020; 67(6):355-356

24.- Asokan I, Rabadia S V, Yang E H. The COVID-19 Pandemic and its Impact on the Cardio-Oncology Population. *Current oncology reports.* 2020; 22(6): 60. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1007/s11912-020-00945-4>

25.- Provencio-Pulla M. Impacto del Covid-19 en el campo de la oncología. *ANALES RANM [Internet]. Real Academia Nacional de Medicina de España.* 2020; 137(02):190-197. DOI: <http://dx.doi.org/10.32440/ar.2020.137.02.rev11>

26.- O'Neil A, Nicholls S J, Redfern J, Brown A, Hare D. L. Mental Health and Psychosocial Challenges in the COVID-19 Pandemic: Food for Thought for

Cardiovascular Health Care Professionals. *Heart, lung & circulation*. 2020; 29(7): 960–963. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1016/j.hlc.2020.05.002>

27.- Floyd C N, Wierzbicki A S. Reorganizing the treatment of cardiovascular disease in response to coronavirus disease 2019; time for the polypill? *Current opinion in cardiology*. 2020; 35(4): 428–433. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1097/HCO.0000000000000759>

28.- Spicuzza L, Sanna A. Continuum of care for patients with obstructive sleep apnea after one year from the COVID-19 pandemic onset: no time for further delays: practical issues for a safe and effective management. *Sleep medicine*. 2021; 84: 98–106. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1016/j.sleep.2021.05.026>

29.- Pallarés Carratalá V, Górriz-Zambrano C, Morillas Ariño C, Llisterri Caro J L, Górriz J L. COVID-19 y enfermedad cardiovascular y renal: ¿Dónde estamos? ¿Hacia dónde vamos? *Semergen*. 2020; 46 Suppl 1: 78–87. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1016/j.semerg.2020.05.005>

30.- Ruiz V, Martínez M, Ruiz V, Acón D, De Toro A, Cruz, F, Rivera, A. Evaluación de la satisfacción del paciente en la teleconsulta durante la pandemia por COVID-19. *Revista Española de Salud Pública*. 2021; 95(1)

31.- Coma E, Ferran M, Méndez L, Iglesias B, Fina F, Medina M. Creation of a synthetic indicator of quality of care as a clinical management standard in primary care. *SpringerPlus*. 2013; 2: 51. <https://doi.org/10.1186/2193-1801-2-51>

32.- Batalla Martinez C, Gené Badia J, Mascort Roca, J. ¿Y la Atención Primaria durante la pandemia? . *Aten. prim*. 2020; 52(9): 598-599

33.- Solera Albero, Juan, Tárraga López, Pedro Juan. (2020). La Atención Primaria de Salud: más necesaria que nunca en la crisis del Coronavirus. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(5), 468-472. Epub 19 de octubre de 2020. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3655>

34.- de Souza, S. da S., da Cunha, A. C., Rabelo Suplici, S. E., Zamprogna, K. M., Prim Laurindo, D. L. (2021). Influência da cobertura da atenção básica no enfrentamento da COVID-19. *Journal Health NPEPS*, 6(1). Recuperado de <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4994>

- 35.- Puren Aktas MA, Doctoral Researcher. Chronic and rare disease patients access to healthcare services during a health crisis: The example of the COVID-19 pandemic in Turkey. *Health Expectations*. 2021; 24 (5): 1812-1820
- 36.- Chudasama Y V, Gillies C L, Zaccardi F, Coles B, Davies M J, Seidu S, Khunti K. Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals. *Diabetes & metabolic syndrome*. 2020; 14(5): 965–967. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.042>
- 37.- Cruzado-Álvarez, C., Pérez-Cabeza, A. I., Robles-Mezcua, A., Robles-Mezcua, M., Benítez-Ruíz, F., García-Pinilla, J. M. (2021). Seguimiento de pacientes con insuficiencia cardiaca durante la pandemia por SARS-CoV-2. *Enfermería Docente*, (113), 4-8. Recuperado a partir de <http://ciberindex.com/c/ed/11304ed>
- 38.- Jiménez M, Martín U, Aldasoro E, Morteruel M, Baza M. Percepciones y experiencias de la población ante la transformación de la modalidad de las consultas en atención primaria durante la pandemia. *Atención Primaria*. 2022; 54(4) ISSN 0212-6567, <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102263>.
- 39.- Zeigler Z. COVID-19 Self-quarantine and Weight Gain Risk Factors in Adults. *Current obesity reports*. 2021; 10(3): 423–433. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1007/s13679-021-00449-7>
- 40.- Balanzá-Martínez, V. Kapczinski I, de Azevedo Cardoso T, Atienza-Carbonell B, Rosa A. Mota J C. De Boni R B. The assessment of lifestyle changes during the COVID 19 pandemic using a multidimensional scale. *Barcelona: Rev. psiquiatr. salud*. 2020; 13:0-0.
- 41.- López-Picazo Ferrer J J, Vidal-Abarca Gutiérrez I, Beteta Fernández D, López Ibáñez M. Influencia del periodo de alarma por la pandemia covid-19 en la calidad percibida de la atención en urgencias hospitalarias. *Journal of healthcare quality research*. 2021; 36(1): 19–26. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.10.004>
- 42.- Coma E, Mora N, Méndez L. Benítez M, Hermosilla E, Fábregas M, Fina F, Mercadé A, Flayeh S, Guiriguet C, Balló E, Martínez N, Mas A, Cordoní S, Lejardi Y, Medina M. Primary care in the time of COVID-19: monitoring the effect of the

pandemic and the lockdown measures on 34 quality of care indicators calculated for 288 primary care practices covering about 6 million people in Catalonia. *BMC Fam Pract* 21. 2020; 208. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01278-8>

43.- Caparrós G, Suñeer R, Juvinyà D, Reig G. El impacto de la pandemia de la COVID-19 en el control de las enfermedades crónicas en atención primaria. *Atención primaria*. 2021; 54

44.- Bardají A. Regicor: 35 años de excelencia en investigación cardiovascular. Tarragona: *Rev Esp Cardiología*. 2013; 66(12): 923-925

12. Cronograma

12.1 Fase 1

Acciones: FASE 1	Año 2021		Año 2022						
	<i>Mes numérico</i>	11	12	01	02	03	04	05	06
Planificación de Investigación									
Formulación del problema									
Revisión bibliográfica									
Recopilación de información									
Diseño del estudio. Redacción autorizaciones									
Presentación del proyecto. Permisos									
Diseño de las bases de datos									
RECURSOS Información. Autorización. Acceso bases de datos. Internet									
Recogida de datos									
<i>Mes numérico</i>									
Recogida de datos de Longview y explotación de datos en Excel									
RECURSOS Registro. Ordenador. Excel. Internet. Acceso bases de datos Longview									
Análisis de datos									
<i>Mes numérico</i>									
Procesamiento, tabulación e interpretación de la información recogida									
RECURSOS Registro. Ordenador. Excel. Internet.									
Resultados y redacción informe final									
<i>Mes numérico</i>									
Informe final									
RECURSOS Ordenador. Internet. Datos.									
Divulgación de la investigación									
<i>Mes numérico</i>									
Discusión y presentación de resultados									
Discusión y presentación de resultados									
RECURSOS Ordenador. Internet.									

12.2 Fase 2

Acciones: FASE 2		Año 2022		Año 2023											
Planificación de Investigación		Año 2022		Año 2023											
<i>Mes numérico</i>		11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Establecimiento, validación de la idea y trabajo de campo															
Revisión fundamento teórico															
Elaborar protocolo de la investigación															
Diseño de instrumentos (guiones)															
Elaboración de cartas de autorizaciones: paciente e institución															
Búsqueda de participantes															
RECURSOS Papel. Participantes. Protocolos. Información. Autorización. Acceso bases de datos. Internet															
Trabajo de campo		Año 2022		Año 2023											
<i>Mes numérico</i>		11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Entrega de cartas de autorización															
Convocatoria de la participante a la entrevista proporcionada por el centro															
Observación participante															
Revisión documentación existente															
Entrevista individual semiestructurada															
RECURSOS Papel. Bolígrafos. Aula. Agua. Participantes. Internet.															
Recogida de datos		Año 2022		Año 2023											
<i>Mes numérico</i>		11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Procesamiento, tabulación e interpretación de la información recogida															
Transcripción y análisis notas de campo															
Recogida de datos Longview (año 2022-2023)															
RECURSOS Registro. Ordenador. Excel. Internet.															
Análisis de datos		Año 2022		Año 2023											
<i>Mes numérico</i>		11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Análisis de datos y redacción															
RECURSOS Ordenador. Internet. Datos.															
Divulgación de la investigación		Año 2022		Año 2023											
<i>Mes numérico</i>		11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Redacción proyecto exploratorio investigación cualitativa añadiendo nuevos datos cuantitativos															
Redacción del artículo final															
Envío del artículo a la revista															
RECURSOS Ordenador. Internet.															

13. Presupuesto

La investigación no precisa de presupuesto económico adicional debido a que no precisa del uso de recursos extraordinarios, ni de gastos por publicación. Las horas invertidas por parte de la investigadora al diseño, recogida y análisis de datos y conclusiones, que son a coste 0. La proyección de futuro es que continúe siendo coste 0 e involucrar a los equipos de atención primaria del territorio a que participen en él formando parte de los autores del artículo para una futura publicación.

14. Anexos

Anexo 1. Hoja de información institución

Barcelona, de de 2021

Asunto: Hoja informativa sobre uso de datos

Señor/era representante del CatSalut,

Nos dirigimos a usted como representante del Servei Català de la Salut para solicitarle la autorización para hacer usar de los datos que contiene la plataforma Longview en relación a los estándares de calidad asistencial de los pacientes crónicos en Cataluña. Su uso se realizará en una investigación en el ámbito académico.

La intención de este documento es que reciba la información a lo que hace referencia a la investigación y los compromisos del uso que se realizará de los datos para que pueda evaluar y decidir el consentimiento de su uso.

El estudio consiste en realizar un análisis del impacto en los estándares de calidad asistencial de los pacientes crónicos adultos a causa de la pandemia respecto los datos pre pandemia. Toda la información numérica requerida se obtendrá a partir de la plataforma Longview y no contiene información confidencial.

El único fin para la utilización de los datos por parte de Montserrat Munuera Grau para realizar el trabajo de final de máster de la Unversidad Rovira i Virgili respecto el trabajo de investigación sobre el impacto de la Covid en los estándares de calidad asistencial en el paciente crónico en Catalunya. No se realizará difusión ni publicación con otros fines. Al finalizar la investigación se le facilitaran el resultado de la investigación esperando que les sea de utilidad para valorar futuras estrategias sanitarias.

Por último, quedo a su disposición por si tiene alguna duda.

Reciba un cordial saludo,

Firma

Montse Munuera Grau

Anexo 2. Autorización Institucional

Barcelona, de de 2021

Asunto: Carta autorización institucional para el uso de datos de la plataforma Longview

Por medio del presente, yo, (*nombre de la persona que emite el consentimiento*), como representante del CatSalut con dirección en Avenida Travessera de les Corts, 131, en Barcelona, como representante de la empresa otorgo el consentimiento para el uso de los datos que contiene la plataforma Longview.

El único fin para la utilización de los datos por parte de Montserrat Munuera Grau para realizar el trabajo de final de máster de la Unversidad Rovira i Virgili sobre el trabajo de investigación sobre el impacto de la Covid en los estándares de calidad asistencial en el paciente crónico en Catalunya.

Y para que así quede constancia firmo este documento para el uso de dichos datos en el contexto académico y cumpliendo lo especificado en la hoja informativa.

Nombre, apellidos.

Firmado

Anexo 3. Ficha de selección de publicaciones revisadas

Bases de datos	Tipo de búsqueda	Términos de búsqueda	Documentos encontrados	Documentos seleccionados
DIALNET	Avanzada	Coronavirus cronicidad	77	Cuervo Pinna M A, Gisbert Aguilar A, López-Casero Beltrán N. Atención en domicilio a pacientes no COVID-19 en la era COVID: tres experiencias diferentes. <i>Med Paliat.</i> 2020; 27(3): 226-233. DOI: 10.20986/medpal.2020.1168/2020
PUBMED	Avanzada	coronavirus AND chronicity AND primary care	85	Agrawal, S., Makuch, S., Drózdź, M., Strzelec, B., Sobieszcańska, M., & Mazur, G. (2021). The Impact of the COVID-19 Emergency on Life Activities and Delivery of Healthcare Services in the Elderly Population. <i>Journal of clinical medicine</i> , 10(18), 4089. https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.3390/jcm10184089
PUBMED	Avanzada Todos los artículos 2019-2021	coronavirus AND chronicity AND primary care	85	Wong, S., Zhang, D., Sit, R., Yip, B., Chung, R. Y., Wong, C., Chan, D., Sun, W., Kwok, K. O., & Mercer, S. W. (2020). Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilisation: a prospective cohort study of older adults with multimorbidity in primary care. <i>The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners</i> , 70(700), e817–e824. https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.3399/bjgp20X713021
PUBMED	Avanzada Todos los artículos 2019-2021	coronavirus AND chronicity AND primary care	85	Beltran-Aroca, C. M., González-Tirado, M., & Girela-López, E. (2021). Problemas éticos en atención primaria durante la pandemia del coronavirus (SARS-CoV-2) [Ethical issues in primary care during the coronavirus (SARS-CoV-2) pandemic]. <i>Semergen</i> , 47(2), 122–130. https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1016/j.semerng.2020.11.002

Bases de datos	Tipo de búsqueda	Términos de búsqueda	Documentos encontrados	Documentos seleccionados
CINAHL	Avanzada Todos los artículos 2019-2021	coronavirus AND chronicity	40	Puren Aktas MA, Doctoral Researcher. (2021). Chronic and rare disease patients access to healthcare services during a health crisis: The example of the COVID-19 pandemic in Turkey. <i>Health Expectations</i> , 24 (5), 1812-1820.
CINAHL	Avanzada Todos los artículos 2019-2021	coronavirus AND chronicity	40	López-Sánchez, G. F., López-Bueno, R., Gil-Salmerón, A., Zauder, R., Skalska, M., Jastrzębska, J., Jastrzębski, Z., Schuch, F.B., Grabovac, I., Tully, M. A., & Smith, L. (2021). Comparison of physical activity levels in Spanish adults with chronic conditions before and during COVID-19 quarantine. <i>European Journal of Public Health</i> , 31(1), 161–166. https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1093/eurpub/ckaa159
DIALNET	Avanzada	Coronavirus Atención primaria	77	Eguia, H., Vinciarelli, F., Villoslada Muñiz, R. L., Sanz García, F. J. (2020). Consulta no presencial en tiempos de coronavirus: información para médicos de Atención Primaria [Remote consultation: information for Primary Care physicians]. <i>Semergen</i> , 46(8), 560–565. https://doi.org/10.1016/j.semerng.2020.08.005
DIALNET	Avanzada	Coronavirus Atención primaria	77	Nuñez, J., Ruymán, P., Fernández, D.A., Saéz, M.J., Ma, C.E., Galdona, I, García, M.M., Álvarez, M.R. (2021). La video-consulta en atención primaria de salud: una experiencia de implantació. <i>ENE Revista de Enfermería</i> , 15(2)
DIALNET	Avanzada	Coronavirus Atención primaria	77	Martínez-Riera, J. R., & Gras-Nieto, E. (2021). Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma. <i>Enfermería clínica (English Edition)</i> , 31, S24–S28. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.003

Bases de datos	Tipo de búsqueda	Términos de búsqueda	Documentos encontrados	Documentos seleccionados
DIALNET	Avanzada	Coronavirus Atención primaria	77	Gijón-Conde, T., Rubio, E., Gorostidi, M., Vinyoles, E., Armario, P., Rodilla, E., Segura, J., Divisón-Garrote, J. A., García-Donaire, J. A., Molinero, A., & Ruilope, L. M. (2021). 2021 Spanish Society of Hypertension position statement about telemedicine. <i>Hipertension y riesgo vascular</i> , 38(4), 186–196. https://doi.org/10.1016/j.hipert.2021.03.003
DIALNET	Avanzada	Coronavirus Atención primaria	77	Ruiz, V., Martínez, M. RUIZ, V., Torres, Y., Acón, D., De Toro, A., Cruz, F., Rivera, A. (2021). Evaluación de la satisfacción del paciente en la teleconsulta durante la pandemia por COVID-19. <i>Revista Española de Salud Pública</i> , 95(1)
DIALNET	Avanzada	Coronavirus Atención primaria	77	de Souza, S. da S., da Cunha, A. C., Rabelo Suplici, S. E., Zamprogna, K. M., & Prim Laurindo, D. L. (2021). Influência da cobertura da atenção básica no enfrentamento da COVID-19/ Influence of basic care coverage on coping with COVID-19/ Influencia del cuidado básico de salud en el afrontamiento del COVID-19. <i>Journal Health NPEPS</i> , 6(1). Recuperado de https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4994
IBECS	Avanzada	Coronavirus Atención primaria	81	Terrero Varilla, M. (2020). ¿Regresaremos a casa? Cuando el coronavirus se hace presente en Atención Primaria. <i>Index De Enfermería</i> , 29(1-2), 65-66. Recuperado a partir de http://ciberindex.com/c/ie/e52349
IBECS	Avanzada	Coronavirus Atención primaria	81	de Nicolás Jiménez, J. M., Blázquez Recio, L. M., Fabregat Domínguez, M. T., & Palomo Cobos, L. (2020). COVID-19 y esfuerzo asistencial en atención primaria [COVID-19 and assistance effort in Primary Care]. <i>Atención primaria</i> , 52(8), 588–590. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.002

Bases de datos	Tipo de búsqueda	Términos de búsqueda	Documentos encontrados	Documentos seleccionados
IBECS	Avanzada	Coronavirus Atención primaria	81	Solera Albero, Juan, & Tàrraga López, Pedro Juan. (2020). La Atención Primaria de Salud: más necesaria que nunca en la crisis del Coronavirus. <i>Journal of Negative and No Positive Results</i> , 5(5), 468-472. Epub 19 de octubre de 2020. https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3655
IBECS	Avanzada	Coronavirus AND croni*	77	Prieto Rodríguez, M. Á., March Cerdá, J. C., Martín Barato, A., Escudero Carretero, M., López Doblas, M., & Luque Martín, N. (2020). Repercusiones del confinamiento por COVID-19 en pacientes crónicos de Andalucía. <i>Gaceta sanitaria</i> , S0213-9111(20)30251-X. Advance online publication. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.11.001
IBECS	Avanzada	Coronavirus AND croni*	77	Sinisterra-Loaiza, Laura I, Vázquez, Beatriz I, Miranda, José Manuel, Cepeda, Alberto, & Cardelle-Cobas, Alejandra. (2020). Hábitos alimentarios en la población gallega durante el confinamiento por la COVID-19. <i>Nutrición Hospitalaria</i> , 37(6), 1190-1196. Epub 08 de febrero de 2021. https://dx.doi.org/10.20960/nh.03213
DIALNET	Avanzada	Coronavirus calidad asistencial	77	López-Picazo Ferrer, J. J., Vidal-Abarca Gutiérrez, I., Beteta Fernández, D., & López Ibáñez, M. (2021). Influencia del periodo de alarma por la pandemia covid-19 en la calidad percibida de la atención en urgencias hospitalarias [Influence of the covid-19 pandemic period of alert on perceived quality of hospital emergencies]. <i>Journal of healthcare quality research</i> , 36(1), 19–26. https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.10.004
DIALNET	Avanzada	Coronavirus cali* asis*	77	Provencio-Pulla M. 2020. Impacto del Covid-19 en el campo de la oncología. ANALES RANM [Internet]. Real Academia Nacional de Medicina de España 137(02):190-197. DOI: http://dx.doi.org/10.32440/ar.2020.137.02.rev11

Bases de datos	Tipo de búsqueda	Términos de búsqueda	Documentos encontrados	Documentos seleccionados
PUBMED	Avanzada	Coronavirus AND Chronicity AND primary care	85	Chang, A. Y., Cullen, M. R., Harrington, R. A., & Barry, M. (2021). The impact of novel coronavirus COVID-19 on noncommunicable disease patients and health systems: a review. <i>Journal of internal medicine</i> , 289(4), 450–462. https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1111/joim.13184
PUBMED	Avanzada	Coronavirus AND Chronicity AND primary care	85	Pallarés Carratalá, V., Górriz-Zambrano, C., Morillas Ariño, C., Llisterri Caro, J. L., & Górriz, J. L. (2020). COVID-19 y enfermedad cardiovascular y renal: ¿Dónde estamos? ¿Hacia dónde vamos? [COVID-19 and cardiovascular and kidney disease: Where are we? Where are we going?]. <i>Semergen</i> , 46 Suppl 1, 78–87. https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1016/j.semern.2020.05.005
PUBMED	Avanzada	Coronavirus AND Chronicity AND primary care	85	Floyd, C. N., & Wierzbicki, A. S. (2020). Reorganizing the treatment of cardiovascular disease in response to coronavirus disease 2019; time for the polypill? <i>Current opinion in cardiology</i> , 35(4), 428–433. https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1097/HCO.0000000000000759
PUBMED	Avanzada	Coronavirus AND quality asistance	97	Zeigler Z. (2021). COVID-19 Self-quarantine and Weight Gain Risk Factors in Adults. <i>Current obesity reports</i> , 10(3), 423–433. https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1007/s13679-021-00449-7

Bases de datos	Tipo de búsqueda	Términos de búsqueda	Documentos encontrados	Documentos seleccionados
PUBMED	Avanzada	Coronavirus AND quality assistance	97	O'Neil, A., Nicholls, S. J., Redfern, J., Brown, A., & Hare, D. L. (2020). Mental Health and Psychosocial Challenges in the COVID-19 Pandemic: Food for Thought for Cardiovascular Health Care Professionals. <i>Heart, lung & circulation</i> , 29(7), 960–963. https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1016/j.hlc.2020.05.002
PUBMED	Avanzada	Coronavirus AND quality assistance	97	Spicuzza, L., & Sanna, A. (2021). Continuum of care for patients with obstructive sleep apnea after one year from the COVID-19 pandemic onset: no time for further delays: practical issues for a safe and effective management. <i>Sleep medicine</i> , 84, 98–106. https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1016/j.sleep.2021.05.026
PUBMED	Avanzada	Coronavirus AND quality assistance	97	Asokan, I., Rabadia, S. V., & Yang, E. H. (2020). The COVID-19 Pandemic and its Impact on the Cardio-Oncology Population. <i>Current oncology reports</i> , 22(6), 60. https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1007/s11912-020-00945-4
PUBMED	Avanzada	Coronavirus AND chronicity	97	Balanzá-Martínez, V., Kapczinski, F., de Azevedo Cardoso, T., Atienza-Carbonell, B., Rosa, A. R., Mota, J. C., & De Boni, R. B. (2021). The assessment of lifestyle changes during the COVID-19 pandemic using a multidimensional scale. <i>Revista de psiquiatria y salud mental</i> , 14(1), 16–26. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.07.003
PUBMED	Avanzada	Coronavirus AND chronicity	97	Batalla Martínez, C. et al. (2020). ¿Y la Atención Primaria durante la pandemia? . <i>Aten. prim. (Barc., Ed. impr.)</i> , 52(9), 598-599
PUBMED	Avanzada	Coronavirus AND chronicity	97	Bellido, V., Pérez, A. (2020). Consecuencias de la COVID-19 sobre las personas con diabetes. <i>Endocrinol. diabetes nutr. (Ed. impr.)</i> , 67(6),355-356

Bases de datos	Tipo de búsqueda	Términos de búsqueda	Documentos encontrados	Documentos seleccionados
PUBMED	Avanzada	Coronavirus AND quality assistance	85	Mazón Ramos, P., Virgós Lamela, A., & González-Juanatey, J. R. (2020). Reorganización de la actividad asistencial ambulatoria en la era de la COVID-19. La hora de la e-consulta [Reorganizing outpatient care in the era of COVID-19. Time for e-consultations]. <i>Revista Española de Cardiología Suplementos</i> , 20, 21–26. https://doi.org/10.1016/S1131-3587(20)30031-5
PUBMED	Avanzada	Coronavirus AND primary care	85	Riera, L., Torrell, G. (2020). Vulnerabilidad, cuidados y atención primaria. Cronicidad en tiempos de pandemia. <i>Bioètica i Debat</i> , 26, 3-9
PUBMED	Avanzada	Coronavirus AND chronicity	85	Caparrós, G., Suñeer, R., Juvinyà, D., Reig, G. (2021). El impacto de la pandemia de la COVID-19 en el control de las enfermedades crónicas en atención primaria. <i>Atención primaria</i> , 54
PUBMED	Avanzada	Coronavirus AND chronicity	85	Coma, E., Ferran, M., Méndez, L. <i>et al.</i> Creation of a synthetic indicator of quality of care as a clinical management standard in primary care. <i>SpringerPlus</i> 2, 51 (2013). https://doi.org/10.1186/2193-1801-2-51
PUBMED (búsqueda secundaria)	Avanzada	Coronavirus AND chronicity	85	Chudasama, Y. V., Gillies, C. L., Zaccardi, F., Coles, B., Davies, M. J., Seidu, S., & Khunti, K. (2020). Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals. <i>Diabetes & metabolic syndrome</i> , 14(5), 965–967. https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.042

Bases de datos	Tipo de búsqueda	Términos de búsqueda	Documentos encontrados	Documentos seleccionados
PUBMED	Avanzada	Perception AND chronicity AND COVID-19	47	Jiménez M, Martín U, Aldasoro E, Morteruel M, Baza M. Percepciones y experiencias de la población ante la transformación de la modalidad de las consultas en atención primaria durante la pandemia. <i>Atención Primaria</i> . 2022; 54(4) ISSN 0212-6567, https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102263 .
GOOGLE (búsqueda secundaria)		Nombre del artículo		Coma, E., Mora, N., Méndez, L. <i>et al.</i> Primary care in the time of COVID-19: monitoring the effect of the pandemic and the lockdown measures on 34 quality of care indicators calculated for 288 primary care practices covering about 6 million people in Catalonia. <i>BMC Fam Pract</i> 21, 208 (2020). https://doi.org/10.1186/s12875-020-01278-8
GOOGLE		BOE estado de alarma		Boletín oficial del estado (BOE). Real Decreto 463/2020, de 14 marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-3692 Accessed 15 May 2020.

Anexo 4. Guion de entrevista: Percepción de los pacientes crónicos adultos de la Covid en calidad asistencial en atención primaria de adultos crónicos en Cataluña

Presentaciones. Recordar el fin de la entrevista. Recordar los términos de confidencialidad y principios éticos. Pedir permiso para gravar la entrevista.

Datos Sociodemográficos:

Edad:

Ocupación:

Historia Clínica (reportada por el paciente):

- 1.- ¿Qué enfermedades padece usted? ¿Toma alguna medicación? ¿Cuál? ¿Tiene alguna enfermedad crónica? ¿Cómo empezó todo? ¿Cómo describiría en es momento su atención?
- 2.- ¿Cómo describiría la atención el seguimiento des del centro de atención primaria antes de la pandemia? ¿Cómo describiría el funcionamiento del centro antes de la pandemia? ¿Cómo explicaría la relación con los profesionales del centro antes de la pandemia?
- 3.- ¿Cómo describiría la atención el seguimiento des del centro de atención primaria antes de la pandemia?
- 4.- ¿Cómo siente la atención proporcionada por el centro de salud?
- 5.- ¿Siente diferencias antes y después de la pandemia en su estado de salud? ¿Cómo describiría el funcionamiento del centro después de la pandemia? ¿Cómo explicaría la relación con los profesionales del centro después de la pandemia? ¿Qué cosas cambiaría de la atención que recibe ahora?
- 6.- ¿Qué opina sobre las nuevas formas de comunicarse con los profesionales de centro de salud? ¿Le gustan? ¿Cómo se siente al utilizarlas? ¿Cómo ve el futuro de este tipo de vías de comunicación? ¿Qué consultas y para quien cree que es útil estas nuevas formas de comunicación?
- 7.- ¿Cómo ha afectado la Covid en sus problemas de salud? ¿Cree que estos cambios en su atención afectararan a su enfermedad?

Cerrar la entrevista. Agradecimientos y dejar el contacto por si necesita alguna cosa.

Anexo 5. Guion observación participante

Observación participante en un mostrador de programación en un centro de atención primaria donde también a parte de programar pacientes crónicos se atienden llamadas telefónicas

DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO

DESCRIPCIÓN DE LOS ACTORES

1.- ¿Qué motivos de seguimiento vienen a programar los pacientes? Con que profesional se programa.

2.- ¿Los pacientes como valoran la atención antes de la pandemia?

3.- ¿Los pacientes que piden hora se les está realizando un seguimiento? Visualizar si en las visitas previas si ha realizado visitas durante la pandemia.

4.- ¿Los pacientes como describen la atención/funcionamiento del centro? Des del mostrador también se recogen reclamaciones y agradecimientos al que se hace registro de entrada. Recogida de quejas telefónicas.

Observar a las personas que se encuentran en las salas de espera. Si hay cola para pedir hora. Tiempos de espera para ser visitados. Tiempo de demora cuando programas la visita al profesional.

Observar si los pacientes salen satisfechos o no de la consulta, muchas veces vuelven a pasar por el mostrador para programar pruebas complementarias.

5.- ¿Los pacientes opinan sobre diferencias de atención antes y después de la pandemia?

6.- ¿Los pacientes cómo reaccionan al programarles visitas no presenciales?

Observación del lenguaje verbal y no verbal. Si verbalizan dificultades en el manejo o no, observar la edad aproximada.

7.- ¿Los pacientes refieren notar un empeoramiento por la covid? Referida por el paciente o referida por los profesionales sanitarios si han notado un empeoramiento de pacientes que anteriormente ya realizaban el seguimiento.

Anexo 6. Plantilla de codificación de la observación participante

Impacto de la Covid en la calidad asistencial en atención primaria de adultos crónicos en Cataluña			
Nombre del observador:		Centro de atención primaria / Ubicación	
Fecha:	Ubicación:	Hora Inicio:	Hora de cierre:
Contexto de la observación			
Relato de lo sucedido			
Conclusiones			

Anexo 7. Códigos de codificación de la observación participante

- A.- Enfermedad crónica
- B.- Seguimiento atención primaria antes de la pandemia
- C.- Seguimiento atención primaria después de la pandemia
- D.- Diferencias atención sanitaria antes y después de la pandemia
- E.- Consultas no presenciales
- F.- Impacto covid en cronicidad