



Facultad de Medicina, Universidad de la República, Hospital Pasteur.
Montevideo, Uruguay, 2021
Ciclo de Metodología Científica II 2021 - Grupo N°39

“Repercusiones de la pandemia por COVID-19 en una población de pacientes EPOC del Hospital Pasteur”

Br. Joaquín Barca¹, Br. Cloé Benedictti¹, Br. Enzo Jara¹, Br. Santiago Pérez¹, Br. Camila Pieroni¹, Br. Camila Pintos¹, Br. Camila Sandes¹
Dra. Selene Correa², Dra. Sofía de Betolaza², Dra. Cecilia Spiess²

¹ Ciclo de Metodología Científica II 2021 - Facultad de Medicina - Universidad de la República, Uruguay

² Clínica Médica 2 - Facultad de Medicina - Universidad de la República, Uruguay

ÍNDICE

Resumen	pág. 3
Introducción	pág. 5
Objetivos	pág. 9
Metodología	pág. 9
Resultados	pág. 11
Discusión	pág. 16
Conclusión	pág. 18
Bibliografía	pág. 19
Anexo 1: Operacionalización de variables	pág. 23
Anexo 2: Encuesta telefónica	pág. 26
Anexo 3: Consentimiento informado	pág. 28

RESUMEN

Introducción: En 2020 y 2021 la pandemia por COVID-19 tuvo repercusiones a nivel mundial. Los pacientes EPOC constituyen un grupo de riesgo para sufrir enfermedad grave por COVID-19. Las medidas sanitarias recomendadas por la OMS resultaron eficaces para disminuir tanto la propagación del SARS-CoV2 como la de otros virus respiratorios.

Objetivo: Determinar las repercusiones de las medidas sanitarias tomadas para mitigar los efectos de la pandemia COVID-19 en una población de pacientes EPOC del Hospital Pasteur durante el año 2020.

Metodología: Estudio observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo de cohorte histórica. Incluyó a los 126 pacientes asistidos en la policlínica de EPOC del Hospital Pasteur entre el 13 de marzo de 2018 y el 12 de marzo de 2021. Se seleccionó una muestra por conveniencia que consideró a aquellos pacientes con diagnóstico espirométrico de EPOC, que se hubieran atendido al menos una vez en el período intrapandemia (13/03/2020 - 12/03/2021) y que tuvieran al menos una consulta constatada en la historia clínica electrónica en el período prepandemia (13/03/2018 - 12/03/2020).

Se obtuvieron datos mediante la revisión de historias clínicas y una encuesta telefónica.

Resultados: 43 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. La media de exacerbaciones por paciente prepandemia e intrapandemia fue 2.14 y 1.53 respectivamente, existiendo una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.016$). En ambos períodos predominó la causa infecciosa y las exacerbaciones leves. En el período intrapandemia no hubo exacerbaciones severas.

De los 36 pacientes encuestados, la gran mayoría cumplió con las medidas sanitarias recomendadas y se manifestó satisfecho con la atención telefónica recibida.

Conclusiones: Las medidas sanitarias implementadas durante la pandemia por COVID-19 impresionan ser efectivas para disminuir las exacerbaciones de enfermedades crónicas como la EPOC debidas a la transmisión de patógenos respiratorios.

La asistencia telefónica resulta una buena opción en términos de satisfacción asistencial.

Palabras Clave: EPOC, exacerbación, COVID-19, medidas sanitarias.

ABSTRACT

Introduction: In 2020 and 2021 the COVID-19 pandemic had worldwide consequences. COPD patients are at risk of suffering severe COVID-19 disease. The WHO's public health recommended measures were successful in reducing the spread of both SARS-CoV2 and other respiratory viruses.

Objective: To determine the consequences of the implementation of public health measures to mitigate the effects of the COVID-19 pandemic in a population of COPD patients assisted at Hospital Pasteur during 2020.

Methodology: Observational, analytical, longitudinal, retrospective historic cohort study. It included the 126 patients assisted at Hospital Pasteur's COPD clinic between March 13th 2018 and March 12th 2021. A sample was selected by convenience; it considered those patients with spirometric COPD diagnosis, assisted at least once in the intrapandemic period (13/03/2020 - 12/03/2021) and with at least one registered visit in the electronic medical record in the prepandemic period (13/03/2018 - 12/03/2020).

Data was obtained by the revision of medical records and through a telephone survey.

Results: 43 patients met the inclusion criteria. The mean of exacerbations per patient in the prepandemic and intrapandemic periods was 2.14 and 1.53 respectively, establishing a statistically significant difference ($p=0.016$). The infectious cause and mild exacerbations prevailed in both periods. In the intrapandemic period no severe exacerbations were registered. 36 patients answered the survey; the vast majority had complied with the public health recommended measures and were satisfied with the telephone assistance received.

Conclusions: Public health measures implemented during the COVID-19 pandemic seem effective in reducing chronic diseases' exacerbations produced by respiratory pathogens, like those due to COPD.

Telephone assistance might be a good option where medical assistance satisfaction is concerned.

Keywords: COPD, exacerbation, COVID-19, public health measures.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad frecuente, prevenible y tratable, que se caracteriza por síntomas respiratorios y una limitación del flujo aéreo persistente, que se debe a anomalías de las vías respiratorias o alveolares causadas generalmente por una exposición importante a partículas o gases nocivos. La limitación crónica del flujo aéreo característica es producida por una combinación de enfermedades de vías aéreas pequeñas y destrucción del parénquima (enfisema), cuyas contribuciones relativas varían de un individuo a otro.⁽¹⁾

La EPOC cursa con síntomas respiratorios persistentes que incluyen: disnea generalmente de esfuerzo, tos y/o producción de esputo.

Tiene una alta prevalencia a nivel mundial. En Montevideo la prevalencia es del 19.7%, la más alta de América Latina.⁽²⁾⁽³⁾ Se encuentra dentro de las primeras tres causas de muerte a nivel mundial y el 90 % de esas muertes se dan en los países de bajos y medianos ingresos.⁽¹⁾

Los factores de riesgo para el desarrollo de la EPOC son: el tabaquismo (principal factor de riesgo), exposiciones ambientales (combustibles de biomasa y contaminación atmosférica), anomalías genéticas (déficit de alfa-1-antitripsina).⁽¹⁾

El diagnóstico de EPOC se realiza mediante la espirometría, herramienta de medición reproducible y objetiva de la limitación del flujo aéreo. La presencia de una relación entre el volumen espiratorio forzado en el primer segundo y la capacidad vital forzada (VEF_1/CVF) post broncodilatador menor a 0.70 confirma la limitación fija al flujo aéreo en los pacientes con síntomas sugestivos de la enfermedad.

La determinación de categorías de severidad de los pacientes con EPOC tiene como objetivo determinar la gravedad de la limitación al flujo aéreo, las repercusiones en el estado de salud del paciente y el riesgo de futuros eventos (exacerbaciones, ingresos hospitalarios o incluso la muerte).

La severidad de la enfermedad se define de forma multidimensional tomando en cuenta: la gravedad de los síntomas (definida según el grado de disnea de esfuerzo medida en la escala del Medical Research Council modificado o mMRC), afectación de la calidad de vida (cuantificada mediante el cuestionario COPD Assessment Test o CAT), frecuencia y severidad de exacerbaciones y grado de obstrucción al flujo aéreo (definida según el valor del VEF_1), como se muestra en la Figura 1.⁽¹⁾⁽²⁾

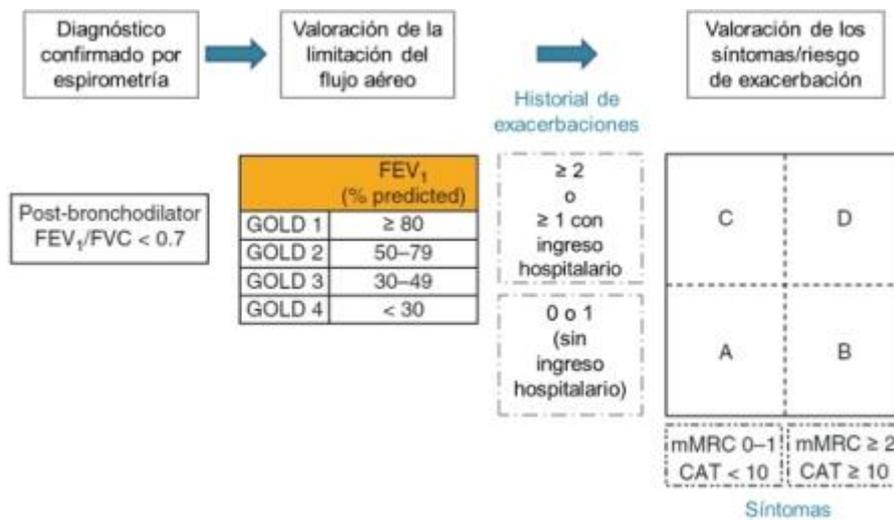


Figura 1. Categorías de severidad de la EPOC. Extraído de la Guía GOLD 2021⁽¹⁾.

La EPOC puede cursar con periodos de agudización de los síntomas respiratorios que requieren tratamientos adicionales, denominados exacerbaciones. La causa más frecuente de las mismas son las infecciones respiratorias tanto bacterianas como virales. Dentro de las bacterias predominan: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Moraxella catharralis*, entre otras. Entre los virus respiratorios causales de exacerbaciones en los EPOC se encuentran: rinovirus, gripe A (H3N2), VRS-B, adenovirus, metapneumovirus, y coronavirus.⁽⁴⁾

Dentro de la familia de los coronavirus encontramos al “SARS-CoV-2”. Se trata de un β-coronavirus, patógeno respiratorio altamente contagioso que causa la enfermedad denominada en 2019 como coronavirus disease (COVID-19)⁽⁵⁾. Es una enfermedad con una presentación muy heterogénea que abarca desde pacientes asintomáticos o con síntomas respiratorios leves, hasta pacientes con enfermedad grave, pudiendo causar la muerte en un número importante de casos. Los síntomas cardinales son fiebre alta, tos y disnea. También se pueden asociar otros síntomas como mialgia, fatigabilidad, malestar gastrointestinal, anosmia y producción de esputo. Una cantidad no despreciable de pacientes con COVID-19 desarrollan neumonía, falla respiratoria aguda severa y disfunción orgánica múltiple, lo cual se asocia con alta mortalidad^(5,6,7).

Los primeros casos de COVID-19 tuvieron lugar en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China, en diciembre de 2019, reportándose un número muy llamativo de casos de neumonía de causa desconocida. Desde ese momento el virus se propagó rápidamente a nivel

mundial. El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró estado de pandemia ya que el SARS-CoV-2 estaba presente en más de 113 países con un número superior al millón de infectados. A nivel nacional el primer caso de COVID-19 fue notificado el 13 de marzo de 2020. Desde su comienzo hasta la fecha la pandemia por el SARS-CoV-2 ha desestabilizado y traspasado los límites de los sistemas de salud alrededor del mundo. ^(5,6,7)

Ciertas características de los pacientes constituyen factores de riesgo para desarrollar formas graves de la enfermedad. Particularmente, la edad mayor de 65 años y las comorbilidades (sobre todo respiratorias y cardiovasculares) son fundamentales en la presentación de la enfermedad, progresión y muerte por COVID-19 ^(5,7,8).

Los pacientes EPOC han sido incluidos dentro de los grupos de alto riesgo de desarrollo de enfermedad por SARS-CoV2 grave por la potencialidad de agravación de la enfermedad de base, existencia de un compromiso preexistente de la función pulmonar y alta prevalencia de comorbilidades asociadas, sobre todo cardiovasculares. Son pacientes que tienen mayor susceptibilidad a las infecciones virales, debido a alteraciones inmunológicas relacionadas con los linfocitos T memoria. Considerando específicamente al SARS-CoV-2, estudios recientes han sugerido que los pacientes EPOC tienen mayor expresión de receptores de enzima convertidora de Angiotensina 2 (ECA2) a nivel pulmonar, que constituyen la puerta de entrada del virus, pudiendo esto predisponer a un riesgo incrementado de padecer enfermedad grave⁽⁸⁾. A su vez, diferentes estudios mostraron asociación entre la EPOC y el riesgo de muerte por COVID-19⁽⁸⁾.

El COVID-19 se transmite por contacto directo persona a persona a través del aire, secreciones salivales, esputo y manos contaminadas en contacto con mucosas. Además, puede sobrevivir durante horas en diferentes superficies. Es por esto que las medidas de higiene personal, la desinfección de superficies y materiales y el distanciamiento físico cobraron una indudable importancia durante la pandemia para evitar la propagación del virus^(5,6,8). Es así que surgieron recomendaciones dictadas por organismos reguladores de la salud pública tanto nacionales como internacionales para intentar frenar el avance de la pandemia.

Al inicio de la pandemia la OMS publicó un ‘‘Plan Estratégico de preparación y respuesta para la enfermedad por coronavirus (COVID-19)’’ que constituyó una guía de orientación para los diferentes países en cómo prevenir la propagación del virus y mitigar los efectos de la pandemia, adaptándolo luego a la realidad de cada país en particular.⁽⁹⁾ Concomitantemente se destacó la importancia de la higienización de manos frecuente ya sea con alcohol gel si las manos no están visiblemente sucias, o el lavado de manos convencional, así como evitar tocarse los ojos, nariz y boca, practicar higiene respiratoria tosiendo y estornudando en el codo o en un pañuelo y deshacerse del mismo. Otra recomendación fundamental fue el

distanciamiento social, procurando mantenerse a más de un metro de otras personas, promoviendo el uso de barreras físicas como ventanas de acrílico o vidrio y evitar las aglomeraciones. También se estimuló el uso de la telemedicina para disminuir la circulación en los centros de salud, protegiendo tanto al personal sanitario como a los pacientes.⁽¹⁰⁾ Se instó al uso de tapabocas a toda la población⁽¹¹⁾ en los momentos en que se rompe la “burbuja sanitaria”, término popularmente empleado durante la pandemia para hacer referencia al grupo de personas con el que se convive en el domicilio y se interactúa a diario. A su vez, se estimuló más que nunca la vacunación antigripal a nivel poblacional y la vacunación antineumocócica a los grupos de riesgo. Cabe destacar que todas estas medidas anteriormente mencionadas son también útiles para evitar el contagio de otras infecciones virales diferentes a la COVID-19.

Paralelamente a las publicaciones realizadas por parte de la OMS, el 13 de Marzo de 2020 el gobierno uruguayo declaró mediante el decreto 93/020 el Estado de Emergencia Nacional Sanitaria, planteándose una serie de medidas con el fin de disminuir la movilidad y evitar aglomeraciones, como ser la suspensión temporal de los espectáculos públicos, el cierre preventivo de centros turísticos y de recreación, así como de lugares públicos en donde se pudieran generar aglomeraciones. Se exhortó a la población a no salir de sus domicilios, específicamente a los mayores de 65 años y personas con comorbilidades a quienes se les sugirió aislamiento preventivo. Se incentivó el teletrabajo y se cerraron los centros educativos tanto públicos como privados.⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾ En cuanto a la atención médica ambulatoria, se priorizó la no presencialidad en las policlínicas, promoviendo la telemedicina, incluyendo las consultas telefónicas como importante modalidad de prestación de los servicios de salud.⁽¹⁵⁾ Siguiendo los lineamientos de la OMS, se incentivó a extremar medidas de higiene personal, distanciamiento social y uso obligatorio de tapabocas que cubriera mentón, nariz y boca en lugares públicos, fundamentalmente en servicios de salud y medios de transporte.⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾

La situación sanitaria vivida en este último año y medio a nivel mundial y específicamente nacional, generó un impacto en la población general y específicamente en los pacientes susceptibles a enfermarse gravemente como los EPOC, quienes inevitablemente tuvieron que extremar todas las recomendaciones sugeridas. Dicho impacto en muchos casos no tuvo que ver con la enfermedad por COVID-19 propiamente dicha, sino con las repercusiones que el aislamiento social y el resto de las medidas implementadas generaron sobre la población.

A nivel internacional ya se encuentran disponibles algunos artículos que analizan los aspectos primordiales de la COVID-19 en pacientes EPOC,⁽⁸⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾ pero los efectos de la pandemia sobre sus exacerbaciones no han sido abordados.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar las repercusiones de las medidas sanitarias tomadas para mitigar los efectos de la pandemia COVID-19 en una población de pacientes EPOC del Hospital Pasteur durante el año 2020.

Objetivos específicos

- Describir las variables demográficas y severidad de la enfermedad de la población.
- Analizar el número, causas y severidad de exacerbaciones de una muestra de pacientes con EPOC prepandemia e intrapandemia.
- Investigar el cumplimiento de cuarentena, hábitos de higiene y uso de tapabocas durante la pandemia.
- Determinar si el cumplimiento de las medidas sanitarias se comportó como un factor protector para la exacerbación de la EPOC.
- Estimar prevalencia de pacientes COVID-19 positivos en dicha población en el período estudiado.
- Indagar sobre la satisfacción con la asistencia médica no presencial durante la pandemia.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio analítico, observacional, longitudinal, retrospectivo, con diseño de cohorte histórica. La población a estudiar estuvo constituida por los 126 pacientes que concurrieron a la policlínica de EPOC del Hospital Pasteur en el período comprendido entre el 13 de marzo de 2018 al 12 de marzo de 2021.

De la población mencionada se seleccionó una muestra por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con diagnóstico espirométrico de EPOC, que se atendieron al menos una vez durante el periodo intrapandemia (13/03/2020 - 12/03/2021) y al menos tuvieron una consulta constatada en la historia clínica electrónica en el periodo prepandemia (13/03/2018 - 12/03/2020). Los criterios de exclusión fueron la falta de consentimiento para participar de la investigación y los pacientes fallecidos al momento de realizar el estudio.

Las variables a estudiar fueron divididas en categorías (Ver Anexo 1): variables sociodemográficas que incluyeron sexo (masculino o femenino) y edad en años (18-95); variables relacionadas a la severidad de la EPOC utilizando la clasificación de las guías GOLD (A,B,C,D) en conjunto con el valor de VEF_1 (1,2,3,4) como se muestra en la figura 1.

Para las variables relacionadas a la exacerbación de la EPOC, se tuvo en cuenta: el número (considerado como la cantidad de veces que el paciente tuvo contacto con algún centro de salud a la hora del empeoramiento de los síntomas); la severidad determinando como exacerbación leve aquella que no requiere ingreso hospitalario incluyendo consulta en emergencia hospitalaria con alta a domicilio y consultas en unidad de emergencia móvil; exacerbación moderada, aquella que requiere ingreso en cuidados moderados o exacerbación grave, aquella que requiere ingreso a cuidados intensivos. También se consideró la causa de dichas exacerbaciones, categorizándolas como de causa infecciosa, abandono del tratamiento y otros. Todas ellas fueron consideradas en dos períodos de tiempo: prepandemia e intrapandemia.

Todas las variables nombradas anteriormente fueron recabadas mediante la revisión de la historia clínica de los pacientes.

En cuanto a las variables relacionadas a las medidas de prevención para el COVID-19 se encuentran el uso adecuado de tapabocas (definido cuando el mismo cubre nariz, boca y mentón, en circunstancias en las que no se pueda respetar el distanciamiento social recomendado por la OMS), la correcta higiene de manos (lavado con agua y jabón o con alcohol en gel cuando las manos no están visiblemente sucias, al salir y entrar del hogar o al tener contacto con otra persona). El distanciamiento social fue otra variable relevante, que buscó establecer si se cumplió con la distancia de un metro al estar en contacto con personas que no pertenecieran a su “burbuja sanitaria”. Además se estudió el cumplimiento del confinamiento voluntario, entendiéndose este como la reducción de contactos a los convivientes del hogar, y la reducción de la movilidad al máximo.

Concomitantemente se indagó sobre la percepción del paciente en cuanto a la calidad asistencial no presencial durante la pandemia, teniendo en cuenta el acceso a la medicación, a estudios paraclínicos y la satisfacción con la atención telefónica recibida.

Se investigó la prevalencia de la enfermedad por COVID-19 diagnosticada por hisopado nasofaríngeo (PCR o test antigénico) en la muestra seleccionada.

Las variables vinculadas al cumplimiento de medidas sanitarias, la calidad de la atención durante la pandemia, así como la prevalencia de COVID-19 en la población fueron obtenidas a partir de una encuesta telefónica. (Ver Anexo 2)

Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias relativas porcentuales. Para buscar la asociación de dichas variables utilizamos el test Chi cuadrado. Las variables cuantitativas se expresaron como media y desvío estándar; para analizar la diferencia entre el número de exacerbaciones del período prepandemia y el número de exacerbaciones del período intrapandemia, se utilizó el test de los rangos con signo de Wilcoxon. Se tomó un nivel de significación (alfa) del 5%.

Los datos fueron registrados en una planilla de cálculo del programa Excel (Microsoft). El análisis estadístico se realizó en el programa PSPP.

Se contó con el consentimiento informado por escrito de los pacientes participantes del estudio. (Ver Anexo 3).

El protocolo de investigación del presente trabajo fue aprobado por el Comité de Bioética del Hospital Pasteur.

RESULTADOS

Determinación del tamaño muestral

De un total de 126 pacientes que asistieron a la policlínica de EPOC del Hospital Pasteur en el periodo comprendido entre el 13 de marzo de 2019 y el 12 de marzo de 2021, 43 cumplieron los criterios de inclusión y 36 contestaron la encuesta telefónica.

Variables sociodemográficas, severidad de la enfermedad y prevalencia de infección por COVID-19 (Tabla 1)

La edad media fue $64.35 \pm 9,96$ años. No hubo un claro predominio en cuanto al sexo, siendo 22 de los pacientes incluidos hombres (51.2%) y 21 mujeres (48.8%).

Características demográficas, severidad y COVID-19		n (%)
Sexo	Hombre	22 (51.2)
	Mujer	21 (48.8)
Severidad GOLD	GOLD A	5 (11.6)
	GOLD B	5 (11.6)

	GOLD C	2 (4.7)
	GOLD D	31 (72.1)
Severidad VEF1	VEF1 1	4 (9.3)
	VEF1 2	14 (32.6)
	VEF1 3	19 (44.2)
	VEF1 4	6 (14)
COVID	No	41 (95.3)
	Si	2 (4.7)

Tabla 1. Características sociodemográficas, severidad y COVID 19. GOLD (Global initiative for chronic Obstructive Lung disease); VEF1 (volumen espiratorio forzado en el primer segundo); COVID (enfermedad por coronavirus 2019)

En cuanto a la severidad de la EPOC, se observó una clara mayoría en los grupos correspondientes a pacientes más sintomáticos y exacerbadores, con 31 pacientes (72.1%) clasificados como GOLD D.

A su vez, la mayoría de los pacientes presentó una limitación severa al flujo de aire evaluada mediante el VEF₁, con 19 pacientes (44.2%) en la categoría GOLD 3 y 6 (14%) en la categoría GOLD 4.

Solamente 2 pacientes (4.7%) cursaron la infección por COVID-19 en el período estudiado.

Comparación del número y características de las exacerbaciones prepandemia e intrapandemia

En el período prepandemia 32 de los 43 pacientes tuvieron alguna exacerbación, con una media de 2.14 exacerbaciones por paciente. En el período intrapandemia 24 de los 43 pacientes presentaron alguna exacerbación, con una media de 1.53 exacerbaciones por paciente. Se destaca la existencia de una diferencia estadísticamente significativa de las medias de exacerbaciones pre e intrapandemia ($p = 0.016$). La distribución de frecuencias del número de exacerbaciones en el total de pacientes se expone en el Gráfico 1.

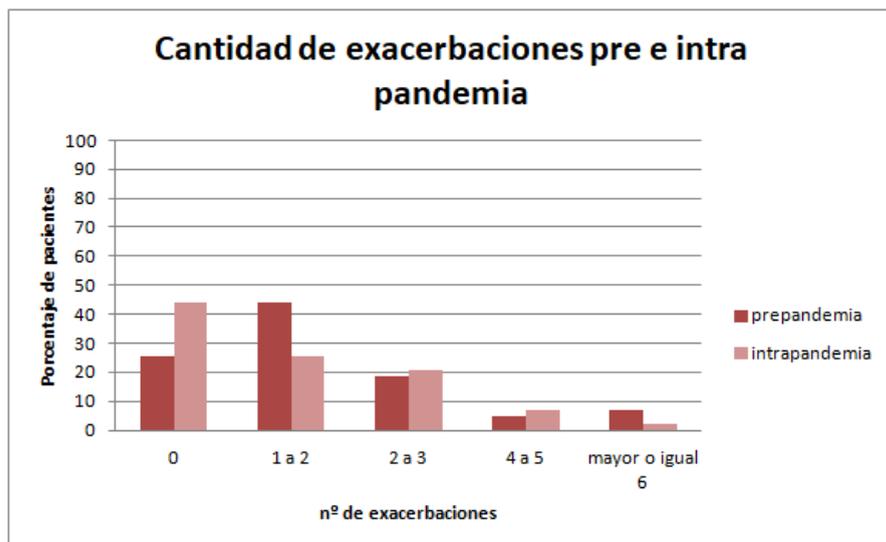


Gráfico 1.

Número de exacerbaciones por período en el total de pacientes

En cuanto a la causa y la severidad de las exacerbaciones, se determinó la distribución de cada causa y de cada grado de severidad sobre el total de las exacerbaciones de los 43 pacientes en los distintos períodos. En el período prepandemia, hubo un total de 92 exacerbaciones mientras que en período intrapandemia hubo un total de 66 exacerbaciones. En ambos períodos, predominaron las exacerbaciones de causa infecciosa y las exacerbaciones leves. Se destaca que en el período intrapandemia no hubo exacerbaciones severas (ver Gráficos 2 y 3).

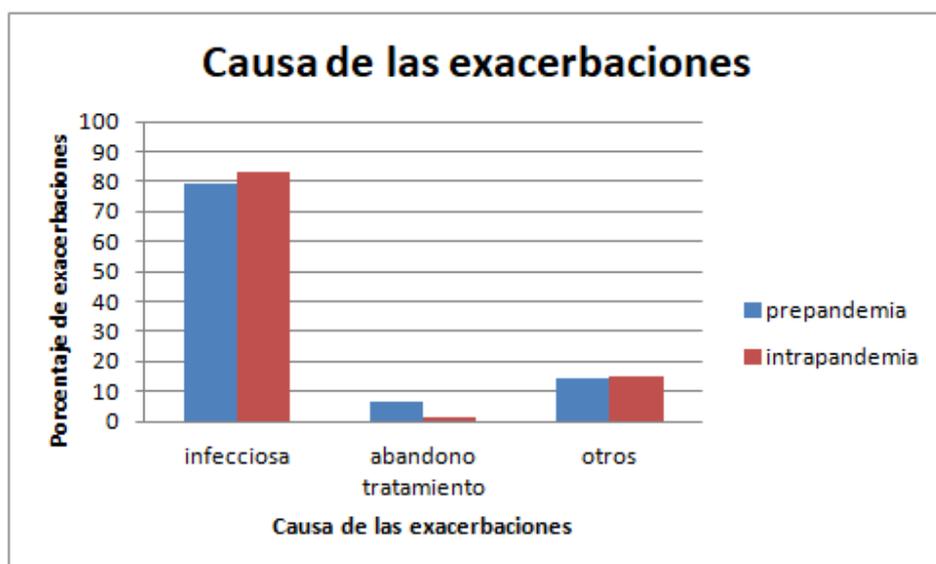


Gráfico 2. Causas de exacerbaciones prepandemia e intrapandemia



Gráfico 3. Severidad de las exacerbaciones prepandemia (n=92) e intrapandemia (n=66)

Resultados de encuesta telefónica: cumplimiento de medidas sanitarias, satisfacción con la atención, acceso a medicación y estudios paraclínicos intrapandemia

De un total de 36 pacientes encuestados, el 94.4% cumplió con el distanciamiento social, 94.4% con el correcto uso del tapaboca, 97.2% con la correcta higiene de manos, y 88.9% con las medidas de confinamiento voluntario (Gráfico 4). No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el cumplimiento de estas medidas y la disminución del número de exacerbaciones en el período intrapandemia.

En cuanto a la satisfacción con la atención telefónica recibida durante la pandemia, la mayoría manifestó estar muy satisfecho (17 pacientes; 47.2%) o totalmente satisfecho (10 pacientes; 27.8%).

La mayoría de los pacientes encuestados consideró haber tenido un buen acceso a la medicación para su EPOC durante la pandemia, con 31 pacientes (86.1%) que respondieron que siempre accedieron a la misma.

Del total de encuestados, 27 pacientes requirieron paraclínica en el período intrapandemia y, de estos, 20 (74.1%), manifestaron haber logrado realizarse los estudios todas las veces que fueron solicitados (Tabla 2).

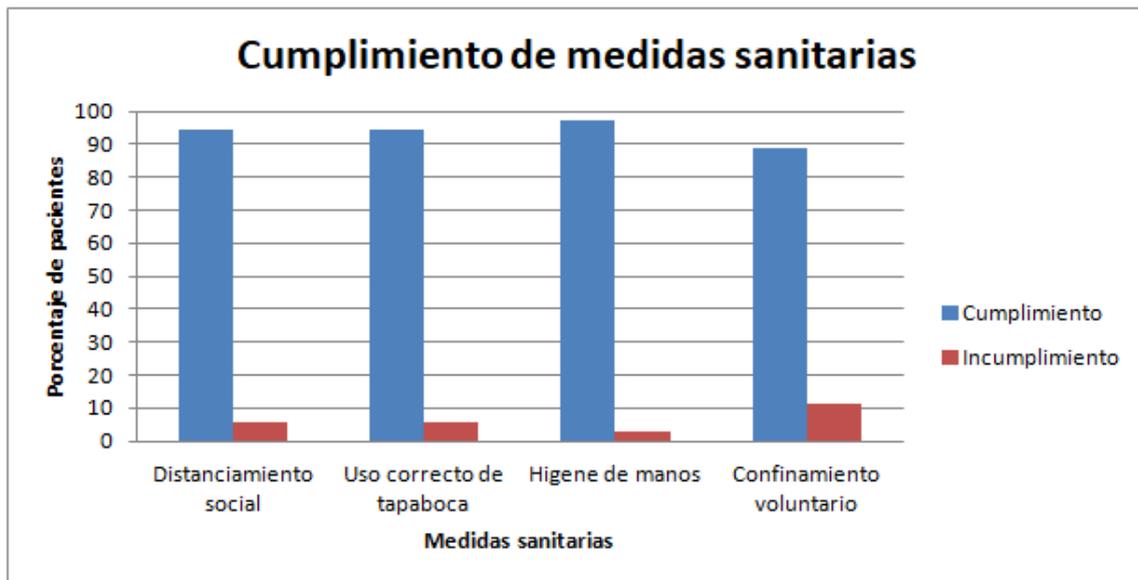


Gráfico 4. Cumplimiento de las medidas sanitarias (n=36)

Atención médica durante la pandemia		n(%)
Satisfacción con la atención telefónica no presencial	Nada satisfecho	3 (8,3)
	Poco satisfecho	1 (2,8)
	Ni satisfecho ni insatisfecho	5 (13,9)
	Muy satisfecho	17 (47,2)
	Totalmente Satisfecho	10 (27,8)
Tuvo acceso a medicación	No accedió	2 (5,6)
	Alguna vez no accedió	3 (8,3)
	Siempre accedió	31 (86,1)
Acceso a paraclínica*	Nunca	6 (22,2)
	Casi Siempre	1 (3,7)
	Siempre	20 (74,1)

Tabla 2. Atención médica, acceso a medicación y a paraclínica durante la pandemia. (*)porcentaje calculado sobre los 27 pacientes a quienes se le pidió paraclínica.

DISCUSIÓN

En Uruguay la EPOC tiene una alta prevalencia lo cual no se refleja en el relativamente bajo tamaño muestral de nuestro estudio ⁽¹⁾⁽²⁾. De los 126 pacientes que concurrieron a la policlínica de EPOC del Hospital Pasteur en el periodo en estudio, solamente 43 cumplieron con los criterios establecidos de inclusión. Gran parte de los pacientes no cumplieron con el requisito de contar con al menos una consulta prepandemia y al menos una consulta intrapandemia. Otro grupo de pacientes fue excluido por no contar con diagnóstico espirométrico de EPOC. Se destaca que este mismo problema surgió en otros estudios realizados con pacientes de esta misma policlínica, atribuyéndose en parte al bajo nivel socioeconómico y cultural de la población asistida, que puede conducir a la baja adherencia a los controles, realización de estudios y tratamientos.⁽³⁾ A su vez, hubo pacientes asistidos en la policlínica en años anteriores que actualmente cambiaron su prestador de salud, por lo que no se pudo acceder a sus historias clínicas. Lo mismo sucedió con pacientes fallecidos previo a la realización del estudio y mientras se desarrollaba el mismo.

De los 43 pacientes que efectivamente cumplieron los criterios de inclusión, únicamente 36 pudieron llevar a cabo la encuesta telefónica. Dos pacientes se negaron a realizarla; el resto no pudo ser contactado, la mayoría de las veces por no contar con números telefónicos actualizados.

En este estudio se obtuvo una media de edad de 64.35 años, con un DE de 9.96 años, dato esperable producto del envejecimiento de la población en Uruguay y el incremento de la prevalencia de la EPOC con el aumento de la edad a partir de los 40 años, con la existencia de un pico por encima de los 60 años.⁽¹⁾

No hubo un claro predominio de sexo entre los pacientes EPOC. Esto contrasta con estudios internacionales que evidencian una prevalencia de la enfermedad del 11,8% para hombres y del 8,5% para mujeres.⁽¹⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾ y podría explicarse por el aumento del tabaquismo en la población femenina de nuestro país⁽²²⁾.

En cuanto a la severidad de la EPOC de los pacientes incluidos en el estudio, el 72.1% fue clasificado dentro de la categoría GOLD D, determinando que se está frente a una población con EPOC más severo que lo observado en la mayoría de las series de pacientes EPOC⁽²³⁾, tratándose de pacientes muy sintomáticos y exacerbadores. Un hecho que ayuda a explicar este fenómeno es que los pacientes que concurren a la policlínica de EPOC del Hospital Pasteur en su mayoría son captados durante hospitalizaciones por exacerbaciones de su EPOC,

constituyendo esto un sesgo de selección, tratándose así de una población que tiende a tener una EPOC más severa que la de la población general.

Respecto a la severidad espirométrica de la población en estudio, 58.2% fue catalogado como GOLD 3-4 indicando una limitación al flujo aéreo severa, siendo esto congruente con la severidad clínica detallada anteriormente. Sabemos que no siempre la limitación al flujo de aire se correlaciona con la severidad clínica, lo cual ha sido detallado en diferentes estudios.⁽²⁴⁾

Uno de los principales objetivos de este estudio fue comparar el número de exacerbaciones en el periodo prepandemia e intrapandemia. Efectivamente encontramos una diferencia significativa, con menor número de exacerbaciones intrapandemia que prepandemia. La causa notoriamente más frecuente de exacerbaciones tanto prepandemia como intrapandemia fueron las infecciones respiratorias. El hecho de que durante una pandemia provocada por un virus respiratorio esta población de pacientes EPOC severos y susceptibles a las infecciones haya tenido menos exacerbaciones, resulta llamativo a primera vista.

Podemos plantear como explicación posible que las estrategias sanitarias implementadas durante la pandemia para evitar la propagación del COVID-19 contribuyeron a disminuir las exacerbaciones de causa infecciosa de los pacientes EPOC. Esto se produjo no tanto por evitar que los pacientes contrajeran COVID-19, ya que, como fue detallado, un bajísimo porcentaje de nuestros pacientes efectivamente cursó la enfermedad en el período en estudio, sino porque son medidas que también disminuyen la propagación de otros gérmenes respiratorios. Este estudio evidencia que la gran mayoría de los pacientes participantes respetó el distanciamiento social, el uso del tapabocas, la correcta higiene de manos y adhirió a las medidas de confinamiento voluntario. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre dichos resultados y la disminución del número de exacerbaciones intrapandemia, probablemente debido al tamaño muestral reducido. De cualquier manera, los resultados hasta aquí mencionados, permiten inferir que la buena adherencia a las medidas sanitarias probablemente haya contribuido a la disminución de las exacerbaciones de causa infecciosa intrapandemia.

Apoyando este planteo, el MSP ha reafirmado que el uso de mascarilla facial, la frecuente higiene de manos, el no compartir utensilios de cocina, el distanciamiento físico y un buen alcance de la última campaña de la vacuna antigripal han sido medidas exitosas a la hora de evitar la transmisión del COVID-19.⁽²⁵⁾ El hecho de que en nuestra población solamente el 4.7% de los pacientes tuvo diagnóstico de COVID-19 en el período estudiado, refuerza este concepto, teniendo en cuenta que se trata de un grupo que tuvo una muy buena adherencia a las medidas sanitarias, como fue señalado. A su vez, los datos oficiales del MSP de 2020 mostraron

una disminución del 22.5% en el fallecimiento por infecciones respiratorias (entre las cuales se incluyeron bronquiolitis, neumonía, gripe estacional) comparado con el año 2019. Un ensayo clínico aleatorizado demostró que la asociación del uso de tapaboca y el correcto lavado de manos, reduce el porcentaje de contagios por virus influenza en la población general.⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾ Se concluye que la transmisión persona a persona de virus respiratorios diferentes al SARS-COV2 puede verse sustancialmente descendida con estas intervenciones.⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾

En cuanto a la severidad de las exacerbaciones de nuestra población, los resultados muestran un predominio de exacerbaciones leves tanto prepandemia como intrapandemia, destacando que en el período intrapandemia no hubo exacerbaciones severas. Se puede plantear que este hecho también podría relacionarse con la efectividad de las medidas sanitarias, el buen acceso a la medicación y la constante dedicación asistencial telefónica del personal de salud intrapandemia, si bien no se puede determinar una relación de causalidad con este diseño de estudio.

Al analizar los resultados de la encuesta enfocada a valorar la satisfacción con la atención telefónica recibida en el periodo intrapandemia vemos que el 75% de los pacientes estuvieron totalmente satisfechos o muy satisfechos con la misma. En consonancia con esto, el 86.1% de los pacientes siempre accedió a la medicación y el 74.1% accedió a los estudios paraclínicos solicitados. Esto pone en evidencia que pese a la situación epidemiológica y la imposibilidad de tener consultas presenciales, se logró brindar una adecuada atención a los pacientes de la policlínica. Altos índices de satisfacción con la asistencia no presencial también fueron obtenidos en estudios internacionales.^(28,29)

CONCLUSIÓN

Las medidas sanitarias implementadas durante la pandemia por COVID 19 impresionan son efectivas para disminuir las exacerbaciones de enfermedades crónicas como la EPOC debidas a la transmisión de patógenos respiratorios.

La asistencia telefónica resulta una buena opción en términos de satisfacción asistencial ya que, cuando es adecuadamente organizada, evita discontinuar importantes elementos como son el acceso a la medicación y a la paraclínica, sabiendo que no sustituye a la atención presencial.

El bajo tamaño muestral del estudio se identifica como una de las principales debilidades del mismo. La principal fortaleza es que luego de una exhaustiva revisión bibliográfica, no se encontraron estudios nacionales ni internacionales sobre la repercusión de las medidas sanitarias durante la pandemia COVID-19 en pacientes EPOC, siendo el primer estudio realizado que evalúa estos aspectos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) [Internet]. 2021 [citado 10 mayo 2021], p 1-7 Disponible en:
https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/12/GOLD-2021-POCKET-GUIDE-v2.0-14-Dec20_WM.pdf
2. Muiño A., López M.V., Menezes A.M. Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus principales factores de riesgo: proyecto PLATINO en Montevideo. Rev. Méd. Urug. 2005. vol.21 no.1, 12(1), p.1.
3. Correa S, González M, De Betolaza S, Spiess C, Perera P, Algorta S, et al . Estudio descriptivo de pacientes con EPOC asistidos en medicina interna del Hospital Pasteur de Montevideo: características demográficas y comorbilidades. Rev. Urug. Med. Int. [Internet]. 2019 Abr ; 4(1): p.2. <http://dx.doi.org/10.26445/04.01.1>.
4. Reina J, Sala E, Fraile P. Viral etiology of exacerbations of patients with chronic obstructive pulmonary disease during the winter season. Med Clin (Barc). 2020 Oct 9;155(7):315-316. doi: 10.1016/j.medcli.2019.05.025.
5. Chen Y, Klein SL, Garibaldi BT, Li H, Wu C, Osevala NM, Li T, Margolick JB, Pawelec G, Leng SX. Aging in COVID-19: Vulnerability, immunity and intervention [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>. 2020 [citado 29 abril 2021]. Disponible en:
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7604159/?log\\$=activity](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7604159/?log$=activity)
6. Khanna RC, Cicinelli MV, Gilbert SS, Honavar SG, Murthy GVS. COVID-19 pandemic: Lessons learned and future directions [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>. 2020 [citado 29 abril 2021]. Disponible en:
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7350475/?log\\$=activity](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7350475/?log$=activity)
7. Anastassopoulou C, Gkizarioti Z, Patrinos GP, Tsakris A. Human genetic factors associated with susceptibility to SARS-CoV-2 infection and COVID-19 disease severity [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>. 2020 [citado 29 abril 2021]. Disponible en:
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7578581/?log\\$=activity](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7578581/?log$=activity)
8. Higham A, Mathioudakis A, Vestbo J, Singh D. COVID-19 and COPD: a narrative review of the basic science and clinical outcomes [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>. 2020 [citado 29 abril 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33153991/>
9. Organización Mundial de la Salud. Plan estratégico de preparación y respuesta para la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) PAUTAS PARA LA PLANIFICACIÓN OPERATIVA DE LA PREPARACIÓN Y LA RESPUESTA DE LOS PAÍSES [Internet].

- 1.ª ed. Geneva; 2020 [citado 3 mayo 2021]. Disponible en:
https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-19-sprp-unct-guidelines.pdf?sfvrsn=81ff43d8_4
10. Organización Mundial de la Salud. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 1.ª ed. Geneva ; 2020 [citado 3 mayo 2020]. Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-20.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 11. Organización Mundial de la Salud. Advice on the use of masks in the context of COVID-19 [Internet]. Geneva; 2020 [citado 3 marzo 2020]. Disponible en:
https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-19-sprp-unct-guidelines.pdf?sfvrsn=81ff43d8_4
 12. Declaración de estado de Emergencia Nacional Sanitaria como consecuencia de la pandemia originada por el virus Covid-19 (CORONAVIRUS). Montevideo; Uruguay: Luis Lacalle Pou; Jorge Larrañaga; Javier Garcia; Pablo da Silveira; Luis Alberto Heber; Omar Paganini; Pablo Mieres; Irene Moreira; 2020. Disponible en:
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/93-2020>
 13. Decreto N° 109/020 .02/04/2020. Autorización de permanencia en domicilio por un plazo máximo de treinta días a personas de 65 años o más, comprendidas en el subsidio por enfermedad .Montevideo; Luis Lacalle Pou, Pablo Mieres, Azucena Arbeleche, Daniel Salinas. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/109-2020>.
 14. Decreto N° 101/020.25/03/2020. Suspensión del dictado de clases y cierre de los centros educativos públicos y privados en todos los niveles en enseñanzas, así como los centros de atención a la infancia y la familia (Centros CAIF) Montevideo; Luis Lacalle Pou, Pablo Da Silveira, Daniel Salinas, Pablo Bartol. Disponible en:
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/101-2020>
 15. Ley N° 19869.15/04/2020. Aprobación de los lineamientos generales para la implementación y desarrollo de la telemedicina como prestación de los servicios de salud. Montevideo. Lacalle Pou Luis, Jorge Larrañaga, Ernesto Talvi, Azucena Arbeleche, Javier Garcia, Pablo da Silveira, Luis Alberto Heber, Omar Paganini, Pablo Mieres, Daniel Salinas, Carlos Maria Uriarte, German Cardoso, Irene Moreira, Pablo Bartol. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19869-2020>
 16. Resolución N° 312/2020.16/3/2020. Uso obligatorio de mascarillas de protección facial. Montevideo; Ministerio de Salud; Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/resolucion-n-3120-20-uso-obligatorio-mascarillas-proteccion-facial>.

17. Resolución MTOP S/N.03/06/2020. Obligatoriedad del uso de tapabocas para el personal de las empresas de transporte, de pasajeros y sus usuarios. Montevideo; Ministerio de Transporte y Obras Públicas; Disponible en:
<https://www.impo.com.uy/bases/resoluciones-mtop/SN20200603001-20200>
18. Halpin D, Criner G, Papi A, Singh D, Anzueto A, Martinez F, Agusti A, Vogelmeier C. Global Initiative for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease. The 2020 GOLD Science Committee Report on COVID-19 and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. [Internet]. PubMed. 2021 [citado 12 mayo 2021].
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33146552/>
19. McAuley H, Hadley K, Elneima O, Brightling C, Evans R, Steiner M, Greening N. COPD in the time of COVID-19: an analysis of acute exacerbations and reported behavioural changes in patients with COPD. [Internet]. ERJ Open Research. 2021 [citado 12 mayo 2021].
Disponible en: <https://openres.ersjournals.com/content/7/1/00718-2020>
20. Caballero A, Torres C, Jaramillo C, Bolívar F, Sanabria F, Osorio P, et al. Prevalence of COPD in five Colombian cities situated at low, medium, and high altitude (PREPOCOL study). Chest. 2008;133(2):343-9. doi: 10.1378/chest.07-1361.
21. Lorenz J, Bals R, Dreher M, Jany B, Koczulla R, Pfeifer M, et al. Expertentreffen COPD: Exazerbation der COPD. Pneumo-logie. 2017;71(5):269-89. doi: 10.1055/s-0043-106559.
22. Rodríguez MJ, Galicia L, Alegretti M, De León N, Griot K, Ferreiro MC, et al. Morbilidad por Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud Pública. Uruguay, 2019.
Disponible en:
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/morbilidad-enfermedades-transmisibles-uruguay-diciembre-2019>
23. Miravittles M, Worth H, Soler Cataluña JJ, Price D, De Benedetto F, Roche N, Godtfredsen NS, van der Molen T, Löfdahl CG, Padullés L, Ribera A. Observational study to characterise 24-hour COPD symptoms and their relationship with patient-reported outcomes: results from the ASSESS study. Respir Res. 2014 Oct 21;15(1):122. doi: 10.1186/s12931-014-0122-1.
24. De Betolaza S, Correa S, González M, Spiess C, Perera P, Algorta S, et al . Estudio descriptivo de una población de pacientes EPOC asistidos en el Hospital Pasteur: severidad e impacto en la vida diaria. Rev. Urug. Med. Int. [Internet]. 2018 July [cited 2021 Oct 14] ; 3(2): 13-21. <http://dx.doi.org/10.26445/rmu.3.2.2>.
25. Medidas sanitarias influyeron a la baja en mortalidad 2020. [Internet] Enero 2021. Pagina oficial del Ministerio de Salud Pública. [citado setiembre 2021]. Disponible:
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/medidas-sanitarias-influyeron-baja-mortalidad-2020>

26. Howard J, Huang A, Li Z, et al. An evidence review of face masks against COVID-19. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2021;118(4):e2014564118. doi:10.1073/pnas.2014564118
27. Rundle CW, Presley CL, Militello M, et al. Hand hygiene during COVID-19: Recommendations from the American Contact Dermatitis Society. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83(6):1730-1737. doi:10.1016/j.jaad.2020.07.057
28. Ramaswamy A, Yu M, Drangsholt S, Ng E, Culligan PJ, Schlegel PN, Hu JC. Patient Satisfaction With Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: Retrospective Cohort Study. *J Med Internet Res*. 2020 Sep 9;22(9):e20786. doi: 10.2196/20786. PMID: 32810841; PMCID: PMC7511224.
29. Rodrigues A, Yu JS, Bhambhani H, Uppstrom T, Ricci WM, Dines JS, Hayden-Gephart M. Patient Experience and Satisfaction with Telemedicine During Coronavirus Disease 2019: A Multi-Institution Experience. *Telemed J E Health*. 2021 May 7. doi: 10.1089/tmj.2021.0060. Epub ahead of print. PMID: 33961522.

ANEXO 1 - Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	ESCALA DE MEDIDA	VALORES	MEDICIÓN
1 Edad	En años	CUANTITATIVA CONTINUA	DE RAZÓN	18-95 años	A través de formulario llenado por Revisión de historia clínica
2 Sexo	Sexo masculino/ femenino	CUALITATIVA	NOMINAL	0 = masculino 1 = femenino	A través de formulario llenado por Revisión de historia clínica
3 Severidad de la EPOC	Limitación al flujo de aire según VEF1 y clínica (grado de disnea y exacerbaciones mediante escala gold abcd). Ver figura 1 .	CUALITATIVA	ORDINAL	Valores de la Escala GOLD: 0 =A 1 =B 2 =C 3 =D VEF1: 1 2 3 4	A través de formulario llenado por Revisión de historia clínica
4 Número de exacerbaciones en año pre pandemia	Cantidad de exacerbaciones desde el 13 de marzo del 2019 al 12 de marzo de 2020	CUANTITATIVA DISCRETA	DE RAZÓN	0 a 50	A través de formulario llenado por Revisión de historia clínica
5 Número de exacerbaciones en año intra pandemia.	Cantidad de exacerbaciones desde el 13 de marzo del 2020 al 12 de marzo de 2021	CUANTITATIVA DISCRETA	DE RAZÓN	0 a 50	A través de formulario llenado por Revisión de historia clínica
6 Severidad de la exacerbación	Leve, moderada, severa	CUALITATIVA	ORDINAL	1 = leve 2= moderada 3= severa	A través de formulario llenado por Revisión de historia clínica

7 Causa de exacerbación	Infecciosa, abandono del tratamiento y otros.	CUALITATIVA	NOMINAL	Infecciosa = 0 Abandono de la medicación = 1 Otros = 2	A través de formulario llenado por Revisión de historia clínica
8 Uso adecuado de tapabocas	Si o no	CUALITATIVA	NOMINAL	No = 0 Si = 1	A través de encuesta telefónica
9 Adecuada higiene de manos	Si o no	CUALITATIVA	NOMINAL	No = 0 Si = 1	A través de encuesta telefónica
10 Cumplimiento del Distanciamiento social	Si o no	CUALITATIVA	Nominal	No = 0 Si = 1	A través de encuesta telefónica
11 Cumplimiento del Confinamiento voluntario	Si o no	CUALITATIVA	Nominal	No = 0 Si = 1	A través de encuesta telefónica
12 Vacunación antigripal año pre pandemia	Si o no	CUALITATIVA	NOMINAL	No = 0 Si = 1	A través de formulario llenado por Revisión de historia clínica
13 Vacunación antigripal año intra pandemia	Si o no	CUALITATIVA	NOMINAL	No = 0 Si = 1	A través de formulario llenado por Revisión de historia clínica
14 Vacunación anti-neumocócica pre pandemia	Si o no	CUALITATIVA	NOMINAL	No = 0 Si = 1	A través de formulario llenado por Revisión de historia clínica
15 Vacunación anti-neumocócica intra pandemia	Si o no	CUALITATIVA	NOMINAL	No = 0 Si = 1	A través de formulario llenado por Revisión de historia clínica
16 Satisfacción con la atención asistencial no presencial	Nada satisfecho, poco satisfecho, ni insatisfecho ni satisfecho, muy satisfecho, totalmente satisfecho	CUALITATIVA	ORDINAL	0 = Nada satisfecho 1 = Poco satisfecho 2 = Ni insatisfecho ni satisfecho. 3 = Muy satisfecho. 4 = Totalmente satisfecho	A través de encuesta telefónica

17 Facilidad de acceso a la medicación intra pandemia	Siempre accedió, alguna vez no accedió, no accedió.	CUALITATIVA	ORDINAL	0 = No accedió 1 = Alguna vez no accedió 2 = Siempre accedió	A través de encuesta telefónica
18 Solicitud de estudios paraclínicos	Si o no	CUALITATIVA	NOMINAL	No = 0 Si = 1	A través de formulario llenado por Revisión de historia clínica y encuesta telefónica.
19 Acceso a estudios paraclínicos	Siempre, casi siempre, a veces, casi nunca, nunca, no corresponde.	CUALITATIVA	ORDINAL	0= Nunca 1= Casi nunca 2= A veces 3= Casi siempre 4= Siempre 5= No corresponde	A través de encuesta telefónica
20 Pacientes EPOC que cursaron COVID-19.	Si o no	CUALITATIVA	NOMINAL	No = 0 Si = 1	A través de formulario llenado por Revisión de historia clínica y encuesta telefónica

ANEXO 2 - Encuesta telefónica

Cuestionario telefónico

Nombre Encuestador	
Fecha	
Número de encuesta	
Consentimiento Informado	
Nombre Paciente	
Edad	
Sexo	

1- DISTANCIAMIENTO SOCIAL

¿Usted mantiene el distanciamiento recomendado de un metro con personas externas a su "burbuja" (entendiéndose como burbuja a las personas con quien convive o comparte diariamente)?

- SI
 NO

2-USO ADECUADO DE TAPABOCAS

¿Usted utiliza el tapabocas cubriendo nariz, boca y mentón, siempre que no pueda respetar el distanciamiento social?

- SI
 NO

3- HIGIENE DE MANOS

¿Usted mantiene sus manos limpias lavándose con agua y jabón o utiliza alcohol en gel cuando las manos no están visiblemente sucias, al salir y entrar del hogar o al tener contacto con otra persona?

- SI
 NO

4-CONFINAMIENTO VOLUNTARIO

¿Usted respeta la medida de quedarse en su casa y mantener su “burbuja sanitaria”?

- SI
- NO

5- SATISFACCIÓN ASISTENCIAL

Respecto a la atención telefónica recibida durante 2020-2021 usted se sintió:

- Nada satisfecho
- Poco satisfecho
- Ni insatisfecho, ni satisfecho
- Muy satisfecho
- Totalmente satisfecho

¿Tuvo fácil acceso a la medicación de la EPOC durante el 2020-2021?

- No accedió
- Alguna vez no accedió
- Siempre accedió

¿Los médicos de la policlínica de EPOC le solicitaron algún estudio paraclínico durante 2020-2021?

- SI
- NO

En caso de haber sido solicitados usted tuvo:

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre
- No corresponde

6- INFECCIÓN POR COVID-19

¿Usted cursó la infección por COVID-19 antes del 12 de marzo del 2021?

- SI
- NO

ANEXO 3 - Consentimiento informado

Desde abril 2021 hasta noviembre 2021, se llevará a cabo un trabajo de investigación por parte de médicos de la policlínica de EPOC del Hospital Pasteur, en conjunto con estudiantes de sexto año de la Facultad de Medicina. Llevará el título “Consecuencias de la pandemia por COVID-19 en una población de pacientes EPOC del Hospital Pasteur”. Creemos que a partir de la aplicación de las medidas sanitarias cambió el curso evolutivo de la enfermedad y las características de la asistencia.

Por lo tanto, le solicitamos su consentimiento para utilizar los datos de su historia clínica, resultados de estudios y datos recabados de la encuesta telefónica. No se divulgará ningún dato que lo identifique (nombre, apellido, etc), no se solicitarán estudios adicionales, ni se realizarán tratamientos diferentes por dar o no su consentimiento.

Las conclusiones y aportes académicos que se logren extraer de los resultados serán compartidos con los pacientes. Dejamos constancia que la participación en este estudio no tendrá ningún tipo de remuneración ni compensación de carácter económico.

Puede preguntar sobre cualquier duda que tenga al respecto y abandonar el estudio cuando usted lo desee.

Marcar lo que corresponde:

- Da su consentimiento informado para participar en la investigación.**
- No da su consentimiento.**