



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Grado en Fisioterapia

TRABAJO FIN DE GRADO

Trabajo de investigación

**SEGURIDAD EN LAS CONSULTAS DE
FISIOTERAPIA DE LA ERA COVID**

SAFETY IN COVID ERA PHYSIOTHERAPY CONSULTATIONS

Sara Prada Delgado

Tutora: Montserrat Alonso Sardón

Salamanca, Junio de 2021

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DEL DIAGNÓSTICO
ÁREA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

Facultad de Medicina
Avda. Alfonso X El Sabio s/n
37007 SALAMANCA
Tfno.: 923 29 45 40 Ext. 1801

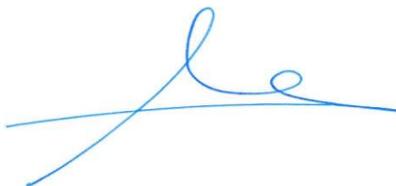
D^a. MONTSERRAT ALONSO SARDÓN, PROFESORA CONTRATADO DOCTOR, DEL ÁREA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA, DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DEL DIAGNÓSTICO, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.

AUTORIZO:

A **D^a. Sara Prada Delgado**, estudiante del **Grado en Fisioterapia**, a presentar el **Trabajo Fin de Grado** titulado: *“Seguridad en las consultas de fisioterapia de la era COVID.”*, que ha realizado bajo mi tutorización durante el presente curso académico 2020/2021, ante la Comisión evaluadora.

Salamanca, a 23 de junio de 2021.

Vº Bº del Tutor



Fdo.: *M. Alonso Sardón*

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT

1.	INTRODUCCIÓN.....	3
1.1	MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL TEMA	3
	Seguridad del paciente: concepto	3
	Historia y marco legal.....	3
	Características generales del COVID-19	3
	Recomendaciones de Seguridad en el ámbito sanitario	4
	Vacunación	6
1.2	ANÁLISIS DE SITUACIÓN	6
1.3.	JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	7
2.	OBJETIVOS DEL ESTUDIO	8
3.	MATERIAL Y MÉTODO.....	9
3.1	DISEÑO.....	9
3.2	POBLACIÓN DEL ESTUDIO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA	9
3.3	FUENTE DE DATOS E INSTRUMENTO DE MEDIDA	10
3.4	TRABAJO DE CAMPO: RECOGIDA DE LOS DATOS.....	11
3.5	ANÁLISIS DE DATOS.....	12
4.	RESULTADOS	13
5.	DISCUSIÓN.....	19
6.	CONCLUSIONES.....	23
7.	BIBLIOGRAFÍA	25
8.	ANEXOS	27
	Anexo 1. Cuestionario telefónico	27
	Anexo 2. Análisis bivariante.....	29

RESUMEN

Objetivo: Conocer el uso de medidas y/o estrategias preventivas frente al COVID-19 en las clínicas fisioterápicas privadas de Salamanca.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, a través de un cuestionario telefónico dirigido a fisioterapeutas de 30 clínicas privadas en el que se recogía la frecuencia de uso de las medidas de prevención, basadas en las recomendadas por la bibliografía, y en función de esto, el grado de protección percibido por ellos en su ámbito de trabajo.

Principales resultados: Las mascarillas faciales de tipo FFP2, es el Elemento de Protección Individual (EPI) que más aprobación tiene, un 100%; seguido de guantes de protección, pantallas faciales y ropa desechable. Las estrategias de prevención antes del tratamiento del paciente se utilizan frecuentemente en las clínicas: triaje telefónico, no coincidencia de pacientes, desinfección de manos y buen uso de mascarilla. La desinfección de superficies de contacto, ventilación y su duración se adecuan a las recomendaciones establecidas en la mayoría. Solo un 23,3% de los fisioterapeutas no han recibido la vacuna frente al virus. El nivel de seguridad y protección percibido por los trabajadores de las clínicas en su trabajo en una escala del 1 al 10 se sitúa en una media de 8,47 ($\pm 0,937$), sin resultados significativos de la asociación entre esta y las demás variables.

Conclusión: Conocido el uso de las medidas y estrategias utilizadas se observa buena aceptación, lo que sugiere un espacio clínico seguro que lleva a un nivel de protección percibido por los encuestados elevado.

Palabras clave: COVID-19; Fisioterapia; Seguridad; Prevención.

ABSTRACT

Objective: To know the preventive measures and strategies use against COVID-19 in private physiotherapy clinics in Salamanca.

Methods: An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out based on a telephone questionnaire applied to physiotherapists from 30 private clinics, in which prevention measures use´ frecuency, based on recommended evidence, was collected; and, as a consequence, the perceived protection degree at their workplace.

Main Results: FFP2 face masks are the most accepted Personal Protective Equipment (PPE) item, with a 100%; followed by protective gloves, face protection and disposable clothes. Pretreatment prevention strategies are frequently used in clinics: telephone triage, no patients coincidence, hands desinfection and mask correct use. Patient contact surfaces desinfection, ventilation and its duration are followed as established recommendations indicate. Only 23.3% physiotherapists haven´t received the vaccine. The perceived protection degree average in a 1 to 10 scale by workers is 8,47 ($\pm 0,937$), without a no significative association between the rest variables.

Conclusion: Known preventive measures and strategies use against the virus, it is observed that those are well accepted, suggesting a sure workplace which leads to a high perceived protection degree by survey respondents.

Key words: COVID-19; Physiotherapy; Security; Prevention.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL TEMA

Seguridad del paciente: concepto

Se define seguridad como “la reducción del riesgo innecesario a un mínimo aceptable y el peligro de una circunstancia, agente o acción con el potencial de causar daño”. En el ámbito sanitario, se entiende por seguridad del paciente a “la reducción del riesgo de daños innecesarios asociados con la atención mínima a un mínimo aceptable, siendo este daño el producto de planes o acciones tomadas durante la prestación de la atención médica” (1).

Historia y marco legal

La pandemia mundial de enfermedad por COVID-19 ha presentado una gran amenaza para la salud pública desde que fue declarada, conociendo su origen en la ciudad de Wuham, en China; donde comenzó siendo una epidemia esporádica (2).

Los primeros casos en España se producen en febrero, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara la pandemia el 11 de marzo y el 14 del mismo mes, a través del RD 463/2020, el Gobierno Español declara el estado de alarma para gestionar la situación de emergencia sanitaria, cuyas medidas se prolongan hasta el 21 de junio, fecha en la que existía un supuesto control de la pandemia antes de producirse la segunda ola (3).

Características generales del COVID-19

Este virus pertenece a la familia de los β coronavirus, siendo un virus de ARN mono catenario de sentido positivo envuelto. La enfermedad que produce se ha considerado de carácter infeccioso auto limitante, que se puede recuperar entre 1-2 semanas con cinco resultados: asintomáticos, leves-medianos, graves, críticos y muerte. La principal fuente de infección son los pacientes que presentan el virus, siendo más contagiosos los casos graves respecto a los leves; además de producirse contagio también en las personas asintomáticas o en periodo de incubación (4). La transmisión del virus se produce por gotas respiratorias, en aerosoles, contacto y posible fecal-oral; siendo la predominante la transmisión por gotas respiratorias (2, 4). Destacamos de la susceptibilidad por este virus que no tiene ningún tipo de

predominancia respecto al sexo o edad, pero que sin embargo, los pacientes con comorbilidades asociadas presentan mayor riesgo de ser casos graves y desarrollar complicaciones (2).

Los síntomas leves-moderados más comunes documentados son fiebre, tos seca, mialgia o fatiga, faringalgia, dolores de cabeza, dolor abdominal y diarrea. En casos graves, el paciente además presenta disnea e infiltrados pulmonares bilaterales visibles en pruebas de imagen (2).

Actualmente, no existe ningún tratamiento específico para abordarlo aunque haya algunas opciones terapéuticas pero inadecuadas para el brote en curso; de ahí que para controlarlo sea necesario interrumpir la cadena de transmisión del virus a través de la implementación de medidas de salud pública, distanciamiento social, medidas de control de infecciones y restricciones gubernamentales en la mayoría de las actividades, como por ejemplo transporte o eventos sociales (2, 5)

Recomendaciones de Seguridad en el ámbito sanitario

El mecanismo por el que se transmite este virus hace que la actividad de los profesionales se convierta en una exposición de riesgo, ya que se producen contactos estrechos repetidos con posibles casos de personas infectadas; además de poder actuar como vectores de contagio entre pacientes (6). A finales de octubre, España había recogido una cifra de 68.000 profesionales sanitarios infectados debido posiblemente a la falta de medidas de protección adecuadas; disminuyendo la incidencia de estos casos en la segunda ola por una mejor previsión de estas (3).

Los protocolos de prevención del contagio entre trabajadores sanitarios incluyen tres líneas principales de acción: Equipos de Protección Individual (EPI) compuesto por mascarilla, guantes, ropa de protección y protección ocular o facial; higiene de manos de entre 40-60 segundos y finalmente las acciones en el lugar de trabajo que son la limpieza y desinfección (6).

a. Equipos de protección Individual (EPI)

- Protección respiratoria: mascarilla facial. La mascarilla recomendada es auto infiltrante tipo FFP2 o respiradores de tipo N95; pudiendo utilizar estas junto

con mascarillas medicas quirúrgicas, que son las que tienen una protección más fuerte en comparación con otras (7, 8)

- Protección cutánea y de contacto: guantes y ropa desechable. Los guantes de protección deberían cumplir la norma UNE-EN ISO 374.5:2016. Con relación a la ropa desechable, en la que se incluyen batas o delantales, será necesaria para la protección del uniforme del trabajador por la posible salpicadura de secreciones fluidos biológicos del paciente a tratar. Debe cumplir la norma UNE-EN 14126:2004, con resistencia a la penetración de microorganismos, además recomendarse que sea desechable (7, 9)
- Protección ocular y facial. Se procede a su uso cuando hay riesgo de contaminación de los ojos a partir de salpicaduras o gotas, a través de gafas integrales frente a gotas o pantallas faciales cumpliendo la norma UNE-EN 166:2002 (7, 9)

b. Medidas antes de iniciar el tratamiento a los pacientes y a su llegada.

- Triage telefónico. Recomendado sobre todo en las primeras fases de reincorporación, el cual a través de preguntas que investiguen la presencia de alguno de los síntomas de la enfermedad, el contacto reciente del paciente con algún caso de COVID o, si el mismo pertenece a alguna de las poblaciones de riesgo, nos permitirá identificar qué pacientes no deben acudir o la adopción de un protocolo conveniente.
- Instrucciones aportadas a los pacientes para evitar la coincidencia de los mismos a la hora de la espera a su tratamiento, en las que incluimos la puntualidad a la cita o el acceso a esta sin acompañantes; además de medidas que reducen la transmisión como el abono del importe de la sesión preferentemente con tarjeta o la retirada de accesorios metálicos en los que permanece el virus, entre otras.
- A la llegada del paciente el fisioterapeuta debe solicitar el buen uso de la mascarilla, la desinfección de manos con gel hidroalcohólico y el mantenimiento de la distancia de seguridad de 2 m (7).

c. Estrategias a seguir tras la actividad terapéutica

- Limpieza y desinfección de superficies con las que ha estado en contacto el paciente y/o sus secreciones con desinfectantes eficaces que inactiven al virus, prestando mayor atención en mobiliario, mostradores, sillas y sillones, mesas, dispositivos informáticos, etc.
- Ventilación del espacio clínico tras la sesión. Debe de ser como mínimo de entre 5-10 minutos. En el caso de no existir una ventilación directa la recomendación como alternativa será la utilización de filtrado de aire (7).

Vacunación

En enero de 2021, la OMS informa de las vacunas candidatas consistentes en vacunas de virus inactivados, de subunidades proteicas, de ARNm y recombinantes de vectores virales desarrolladas en medio de la pandemia a contratiempo por los investigadores (10). Dentro de la estrategia de vacunación de España se utilizaron cuatro vacunas autorizadas por la Comisión Europea: Pfizer y Moderna; que son vacunas de ARNm, y AstraZeneca y Janssen; vacunas de vectores virales, estableciendo guías técnicas para cada una de ellas que se actualizan de continuo. Se describieron diferentes grupos de población en los que se prioriza su vacunación, situando a los fisioterapeutas en el grupo 3, después de residentes y personal sanitario trabajadores de centros de mayores vacunados en primer lugar y del personal de primera línea en ámbitos sanitarios y socio sanitarios vacunados en segundo lugar (11).

Las dosis administradas a día 21 de mayo de 2021 son de 23.962.365 y el número de personas con pauta completa es de 7.865.313, lo que representa un 16.6% de la población (12).

1.2 ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Declarada la pandemia, el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE) emite un comunicado sobre el cierre de los centros de fisioterapia como consecuencia del COVID-19 el 18 de marzo de 2020, en el que establece que todos los centros privados de fisioterapia deben permanecer cerrados a excepción de las urgencias imprescindibles y con los medios de protección establecidos (13). No

obstante, tras casi tres meses, el BOE del 3 de mayo permite a la Fisioterapia reiniciar al día siguiente su actividad, extremando y cumpliendo las medidas de prevención (14).

En relación con esta crisis, se ha observado que el desarrollo de esta profesión es esencial, ya no solo sobre el tratamiento que se ha necesitado en aquellos pacientes agudos con dicha infección en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y pacientes post infección al comienzo de la pandemia y todavía actualmente; si no que la fisioterapia actuará reduciendo la susceptibilidad de las personas al coronavirus a través de la gestión de las manifestaciones de las enfermedades no transmisibles (ENT) abordando los factores de riesgo (tales como la obesidad, diabetes mellitus o sedentarismo) que puedan agravar la expresión de la enfermedad, y que encima, la actuación frente a estas en el comienzo de la crisis se priorizó menos, volviéndose en su momento una preocupación para la OMS. Esto hace que el retome de la profesión sea aún más importante tras la pandemia (15).

En la vuelta a la actividad asistencial, posterior al confinamiento, los fisioterapeutas deberán de trabajar con las mejores garantías de protección para los pacientes y para el equipo de la clínicas fisioterápicas; y por este motivo se han propuesto estrategias y medidas a tomar basadas en evidencia científica y comentadas ya en el apartado anterior; principalmente propuestas por entidades como el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España, el Ministerio de Sanidad o los Colegios de Fisioterapeutas de cada comunidad autónoma, en este caso, el de Castilla y León (7).

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Como se ha referenciado anteriormente, en la actividad realizada por los fisioterapeutas se produce un contacto estrecho con el paciente y esto la convierte en una exposición de riesgo alta en relación con el contagio del virus. A pesar de esto, se necesita que la actividad de estos profesionales de la salud continúe en la medida de lo posible. La adopción de las medidas correspondientes para hacer de esta profesión necesaria una práctica segura; tanto para el paciente como para el fisioterapeuta, y el hecho de que sea un tema de gran actualidad que ha influido de manera directa en la actividad ha motivado el presente estudio.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general:

Conocer el uso de estrategias y medidas de prevención frente a la COVID-19 en las clínicas fisioterápicas de carácter privado de la ciudad de Salamanca.

Objetivos específicos:

- 1º. Describir la frecuencia de uso de los Equipos de Protección Individual durante el tratamiento fisioterápico.
- 2º. Observar la aplicación de algunas estrategias antes del tratamiento y a la llegada del paciente a la consulta.
- 3º. Investigar sobre la limpieza y desinfección tras la actividad.
- 4º. Evaluar la ventilación del espacio clínico y la duración de la misma.
- 5º. Examinar la acogida de la vacuna frente al virus.
- 6º. Analizar la relación entre la aplicación de las medidas de protección llevadas a cabo y el nivel de seguridad y protección percibido por los fisioterapeutas en las clínicas.
- 7º. Elaborar propuestas de mejora a partir de los resultados obtenidos.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 DISEÑO

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal, mediante encuesta telefónica aplicada a los fisioterapeutas que llevan a cabo su actividad en clínicas y/o centros privados de la ciudad de Salamanca.

3.2 POBLACIÓN DEL ESTUDIO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Población: Según el INE actualizado a 28 de mayo de 2020, el número de profesionales sanitarios colegiados en España en 2019 fue de 877.361 en total, de los cuales, los fisioterapeutas colegiados correspondieron a un 6.51% de ese total (57.147 fisioterapeutas) siendo aproximadamente un 10% de estos los que trabajan en el ámbito público dado el bajo número de plazas disponibles en el sistema sanitario, con una ratio de 1/8.000 habitantes (16, 17).

Situándonos en este ámbito, en el área de salud de Salamanca, provincia donde se lleva a cabo el presente estudio, el hospital de referencia es el Complejo Asistencial Universitario; formado por cuatro hospitales: Hospital Universitario de Salamanca (Salamanca), Hospital los Montalvos (Salamanca), Hospital Virgen del Castañar (Béjar) y el Centro de Especialidades de Ciudad Rodrigo (Ciudad Rodrigo), y dividido en un total de 36 Zonas Básicas de Salud. Por otro lado, los fisioterapeutas del ámbito privado establecidos en consultas privadas se sitúan en una ocupación del 90% (17), en los que se centró este trabajo.

De acuerdo con el censo de colegiados del CGCFE, el número de colegiados correspondiente a la comunidad de Castilla y León es de 3850 fisioterapeutas.

- **Criterios de inclusión:** clínicas privadas de Salamanca en las que ejercen su actividad fisioterapeutas colegiados, encontradas en el listado de centros de fisioterapia de la página web del Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla y León (CPFCyL) y otras encontradas a través de búsquedas en Internet, que aceptaron la realización de la encuesta.

- **Criterios de exclusión:** no hubo ningún tipo de criterio que excluyera a ninguna clínica; ni por tipo de especialidad, ni por tipos de tratamiento aplicado, ni por características de los pacientes que acudían a estas.

Muestra: La muestra inicial fue de **41 clínicas fisioterápicas** de carácter privado a las que se llamó, de las cuales 35 respondieron a la llamada y 6 no cogieron el teléfono. De las 35 que respondieron, 2 clínicas no aceptaron la realización de la encuesta, 2 de ellas ya no disponían del servicio de fisioterapia y 1 de ellas comenzó a realizarla pero no pudo completarse.

La muestra final consistió en **30 clínicas fisioterápicas** de carácter privado participantes en la encuesta, muchas de ellas con más de un fisioterapeuta trabajando en las mismas, que siguen protocolos de prevención recomendados frente a la transmisión del coronavirus, desde que se permitió su apertura tras la pandemia.

3.3 FUENTE DE DATOS E INSTRUMENTO DE MEDIDA

La fuente de recogida de datos utilizada es un *cuestionario* (ver *Anexo 1*) en el que los responsables y/o trabajadores de las correspondientes clínicas fisioterápicas informaban, mediante entrevista telefónica, sobre 10 ítems principales que corresponden a las recomendaciones de seguridad aplicadas antes, durante y tras el tratamiento con el paciente principalmente enfocadas a los Equipos de Protección Individual, estrategias recomendadas antes del tratamiento y a la llegada del paciente, limpieza, desinfección y ventilación, y en último lugar sobre la vacunación (*Tabla 1*)

Algunas de las variables son escalas tipo Likert que organizaba cada una de ellas en cinco categorías: *1: nunca, 2: pocas veces, 3: alguna vez, 4: muchas veces y 5: siempre*; preguntas cerradas de respuesta múltiple, escalas numéricas que valoran grado de frecuencia: *1=nada al 5=mucho*, y alguna pregunta cerrada dicotómica: *sí/no*.

Para investigar sobre el grado de seguridad y protección percibido por los trabajadores tras adoptar las medidas se incluyó una escala de puntuación mínima de 1 (poco seguro) y máxima de 10 (muy seguro).

Tabla 1. Variables recogidas en el cuestionario (Elaboración propia)

Variables cualitativas		Variables cuantitativas
Ordinales	Nominales	Discretas
Frecuencia de uso de guantes	Tipo de mascarilla utilizada	
Frecuencia de uso de protección ocular		
Frecuencia de uso de ropa desechable	Desinfección de las superficies de contacto	
Frecuencia de uso de mascarilla facial		
Frecuencia de realización de triaje telefónico		Grado de seguridad y protección percibida por el fisioterapeuta
Frecuencia de toma de medidas a la llegada del paciente	Ventilación del espacio clínico	
Grado en el que se evita la coincidencia de los pacientes	Vacunación	
Periodo de tiempo de ventilación		

3.4 TRABAJO DE CAMPO: RECOGIDA DE LOS DATOS

El estudio se realizó por la propia alumna de TFG, desde principios de mes mayo en el que se comenzaron a realizar las primeras llamadas con la muestra inicial (41 clínicas) hasta principios del mes de junio, lo que suponía un total de **5 semanas**, finalizando la recogida de datos con un total de 30 clínicas como muestra final.

Las llamadas comenzaban con una corta presentación de la alumna que la realizaba, seguido de una breve explicación sobre la intención del estudio y cuestionando al fisioterapeuta que respondía sobre la participación en la misma, recalcando que era totalmente anónima, voluntaria y que la encuesta no excedía los 5 minutos de duración. Por este motivo no se vio necesario realizar un consentimiento informado para la recogida de información.

Los datos aportados de las clínicas que participaron se recogían a la vez que el fisioterapeuta respondía a las preguntas realizadas. La alumna a parte de realizar las preguntas realizó aclaraciones con el fin de que las respuestas fueran lo más válidas posible y evitar que haya datos perdidos; y anotó información considerada útil que se añadió a la recogida por el cuestionario.

En general, la encuesta tuvo buena acogida en las clínicas, sin embargo, en la mayoría de ellas no se pudo realizar en la primera llamada debido a la disponibilidad de horarios del fisioterapeuta que respondía, por lo que la alumna se tuvo que adaptar y realizar de nuevo la llamada en el horario que mejor convenía a cada uno.

3.5 ANÁLISIS DE DATOS

La recogida de datos y análisis de los resultados se han realizado mediante la utilización del programa estadístico SPSS 26.0. El tratamiento estadístico consistió en:

1º Estudio descriptivo de distribución de frecuencias de todas las variables cualitativas o categóricas y la correspondiente **estadística descriptiva** de la variable cuantitativa incluida en el estudio.

- Los resultados cualitativos o categóricos se expresan en forma de *frecuencias absolutas y relativas* (%).
- Los resultados cuantitativos se presentan como *media* y *mediana* (medidas de tendencia central), acompañados de las correspondientes medidas de dispersión, *desviación estándar* (DS) y *rango intercuartil* (RIQ, Q3-Q1), respectivamente; además, el *rango o amplitud* de la muestra (Rg, V_{máx}-V_{mín}).

2º Estudio de asociación entre variables: análisis bivariante. Mediante Modelos de Análisis de la Varianza (ANOVA) se han asociado las variables predictoras, explicativas o independientes (categóricas) a la variable resultado o dependiente (numérica).

4. RESULTADOS

Respecto a los **Equipos de Protección Individual**, la *Tabla 2* resume las frecuencias obtenidas en las variables analizadas:

Tabla 2. Equipos de Protección Individual (Elaboración propia).

	1	2	3	4	5
	Nunca	Pocas veces	Alguna vez	Muchas veces	Siempre
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Guantes de protección	3 (10%)	8 (26,7%)	4 (13,3%)	6 (20%)	9 (30%)
Protección ocular o facial	9 (30%)	6 (20%)	7 (23,3%)	3 (10%)	5 (16,7%)
Ropa desechable	15 (50%)	4 (13,3%)	5 (16,7%)	0 (0%)	6 (20%)
Mascarilla facial	0%	0%	0%	0%	30 (100%)

Durante el tratamiento de los pacientes, se obtuvo que 9 clínicas (30%) utilizan **guantes de protección** siempre frente a 6 clínicas (20%) que los utilizan muchas veces, 4 (13,3%) que los usan alguna vez, 8 (26,7%) que los usan pocas veces y 3 clínicas (10%) que no los utilizan nunca. Las clínicas que no los utilizan siempre destacan que sí los usan en procedimientos invasivos, como punción seca; en algunos tratamientos específicos, como el abordaje de suelo pélvico, o depende del paciente a tratar, si es inmunodeprimido o de avanzada edad; sin embargo, el uso de guantes en muchos de esos casos ya se realizaba antes del impacto de la pandemia por coronavirus. Muchas de las clínicas comentaron que al principio de la pandemia los usaron siempre pero que con la bajada de la incidencia ahora ya no los usan, y los han sustituido por el lavado de manos.

Referente al uso de **protección ocular o facial**, que incluye pantallas y gafas, 5 clínicas (16,7%) hacen uso de estas siempre, 3 (10%) las usan muchas veces, 7 (23,3%) las usan alguna vez, 6 (20%) las usan pocas veces y 9 clínicas, es decir, el 30% no las usan nunca. Los fisioterapeutas que las usan alguna vez y no siempre, comentaron que no lo hacen en tratamientos que abordan una zona lejos de la zona facial o cuando el paciente se sitúa en decúbito prono.

La **ropa desechable** es utilizada siempre por 6 clínicas (20%), alguna vez por 5 clínicas (16,7%), pocas veces por 4 clínicas (13,3%) y la mitad de las clínicas no hacen uso de estas. Varias clínicas que sí utilizan batas dijeron que estas no eran desechables, sino que lavables.

Todos los fisioterapeutas hacían uso de las **mascarillas faciales** en la clínica.

Respecto al **tipo de mascarilla facial** (*Figura 1*), la mitad de las clínicas usan FFP2 mientras que la otra mitad usan FFP2 unida a una mascarilla quirúrgica. Varios fisioterapeutas que usan solo FFP2 de normal comentaron que se colocan una mascarilla quirúrgica ante pacientes con mayor riesgo.

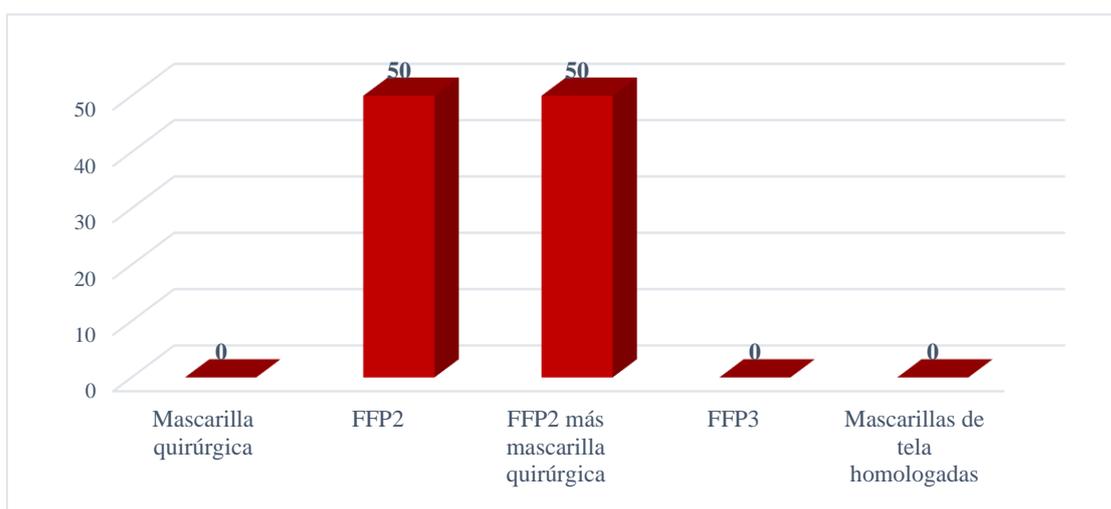


Figura 1. Distribución porcentual del tipo de mascarilla facial (*Elaboración propia*).

Respecto a las **estrategias antes del tratamiento** del paciente, recogidas en la *Tabla 3*, 13 clínicas (43,3%) siempre realizan el **triaje telefónico**, 2 (6,7%) lo realizan muchas veces, 5 (16,7%) pocas veces y 10 clínicas (33,3%) nunca lo realizan. Muchas de las clínicas que ahora lo hacen pocas veces o nunca, comentaron que al principio lo realizaron siempre.

La recomendación de intentar que **no coincidan los pacientes a la espera de su tratamiento** la siguen 20 (66,7%) de las clínicas, 4 (13,3%) la siguen muchas veces, 4 (13,3%) alguna vez, 1 clínica (3,3%) pocas veces y nunca la siguen 1 de las clínicas (3,3%).

Casi todas (29 clínicas) siempre **solicitan que los pacientes se desinfecten las manos** con gel hidroalcohólico y hagan un **buen uso de su mascarilla**, solo 1 clínica respondió muchas veces.

Tabla 3. Estrategias antes del tratamiento y a la llegada del paciente.
(Elaboración propia)

	1	2	3	4	5
	Nunca n (%)	Pocas veces n (%)	Alguna vez n (%)	Muchas veces n (%)	Siempre n (%)
Triage telefónico	10 (33,3%)	5 (16,7%)	0(0%)	2 (6,7%)	13 (43,3%)
No coincidencia de pacientes	1 (3,3%)	1 (3,3%)	4 (13,3%)	4 (13,3%)	20 (66,7%)
Solicitud desinfección de manos y buen uso de mascarilla	0%	0%	0%	1 (3,3%)	29 (96,7%)

Tras el tratamiento, la **desinfección de las superficies** (Figura 2) que estuvieron en contacto con el paciente se realiza básicamente tras la sesión con el mismo (29 clínicas), es decir, entre paciente y paciente; 1 de las clínicas desinfecta tras el contacto.

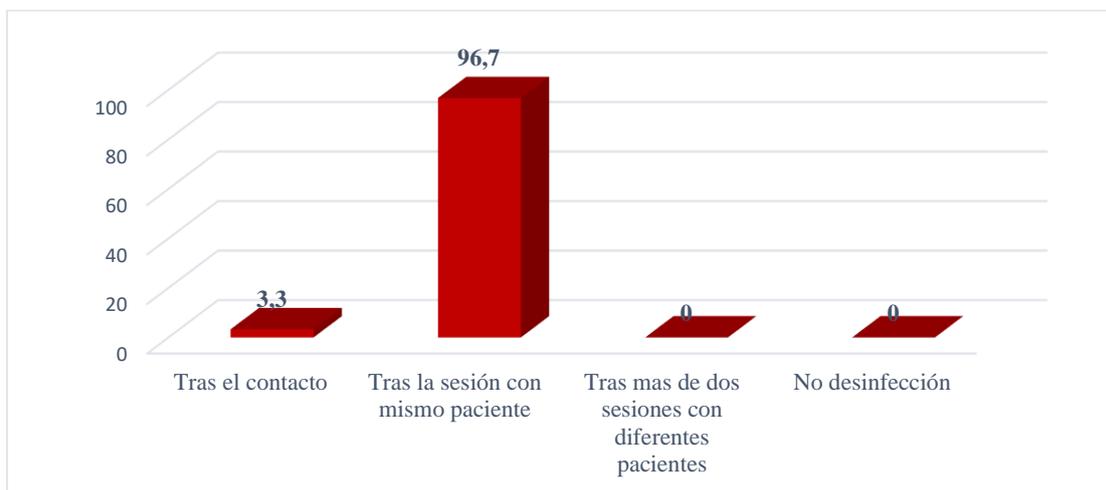


Figura 2. Distribución porcentual del momento de desinfección de superficies
(Elaboración propia)

Respecto a la **ventilación** (Figura 3), 17 clínicas (56,7%) proceden a hacerla tras la sesión con el paciente, 3 de las clínicas (10%) lo hacen varias veces en la sesión con el mismo paciente, 2 clínicas (6,7%) lo hacen tras más de dos sesiones con distintos

pacientes, 7 clínicas (23,3%) presentan filtrado de aire y 1 clínica (3,3%) no realiza ventilación.

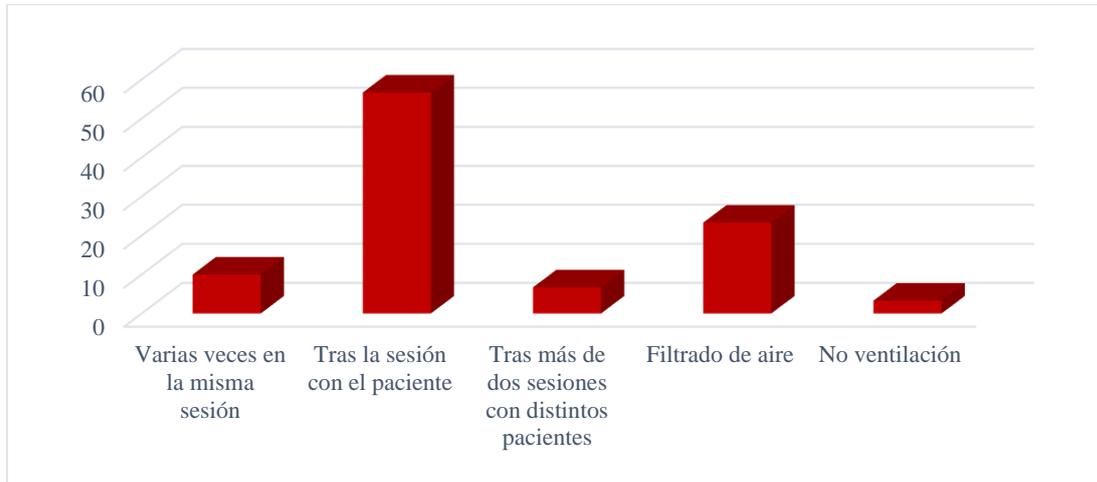


Figura 3. Distribución porcentual del momento de ventilación (Elaboración propia).

De las que sí realizan ventilación, la **duración** (Figura 4) de esta en 3 clínicas (10%) es menor de 5 minutos, en 9 clínicas es de entre 5-10 minutos (30%) y en el resto (17 clínicas), la duración es de más de 10 minutos, incluyendo en estas las que realizan una ventilación constante.

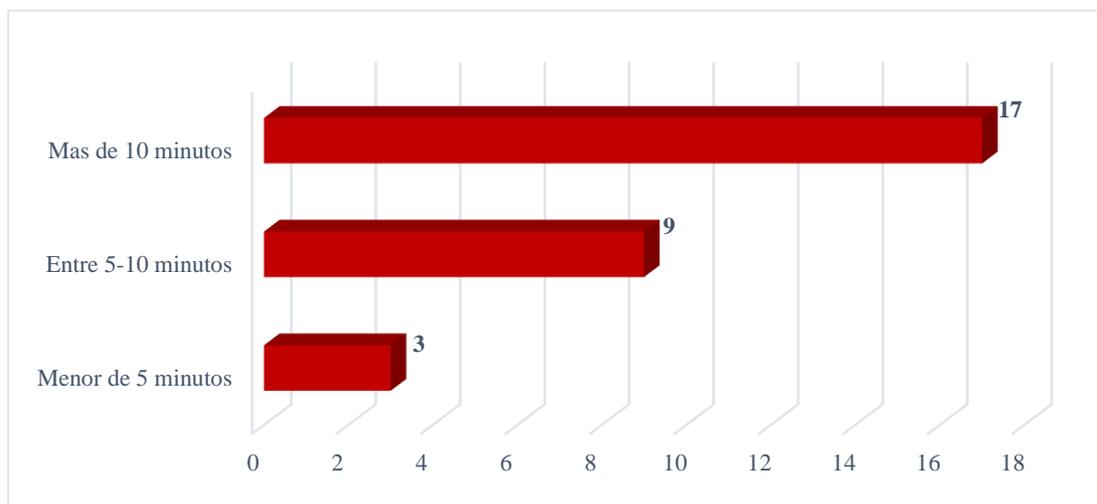


Figura 4. Duración de la ventilación (Elaboración propia).

Un número de 23 (76,7%) fisioterapeutas encuestados ha recibido la **vacuna** (Figura 5) contra el coronavirus frente a 7 (23,3%) que aún no la han recibido. De los que sí están vacunados, 17 (73,9%) de ellos lo están de manera completa, es decir, tienen ambas dosis, incluyendo aquí a aquellos que habían pasado la infección hace 6

meses y solo les corresponde una dosis; los 6 restantes (26,1%) están vacunados de forma incompleta, con solo una dosis, a la espera de recibir la segunda.

De los que no están vacunados, que son 7 fisioterapeutas, se preguntó el motivo y se obtuvo que 2 de ellos pasaron la enfermedad hace menos de 6 meses y no pueden vacunarse aún, 1 presenta contraindicaciones para recibir la vacuna, ya que es madre lactante, 2 no han realizado la inscripción pero quieren recibirla, 1 de ellos está pendiente del aviso y 1 no presenta total confianza en la vacuna.

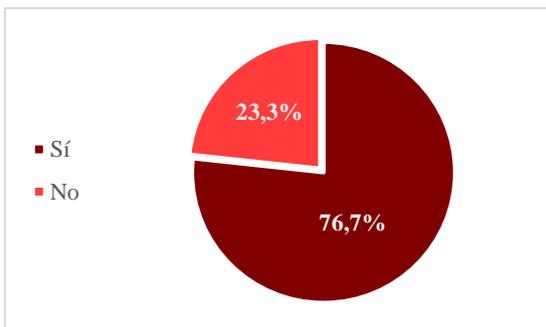


Figura 5. Porcentaje de fisioterapeutas vacunados frente a los no vacunados (Elaboración propia)

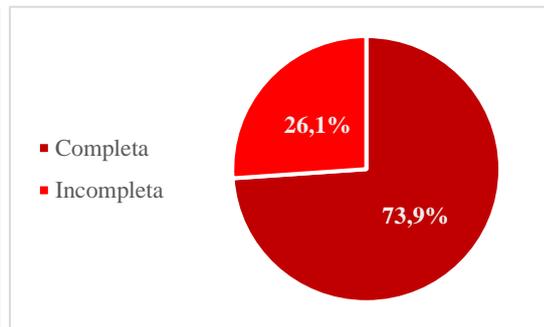


Figura 6. Porcentaje de vacunación completa en comparación con incompleta (Elaboración propia)

En función de la adopción de las medidas recomendadas y cuestionado el **grado de protección y seguridad percibido** (Figura 7) por el fisioterapeuta de 0 a 10, 4 clínicas (13,3%) dan una puntuación de 7, 13 clínicas (43,3%) lo valoran con un 8, 8 clínicas (26,7%) consideran un 9 y un 16,7%, es decir, 5 encuestados, sienten el máximo de protección y seguridad, que coincide con la puntuación 10.

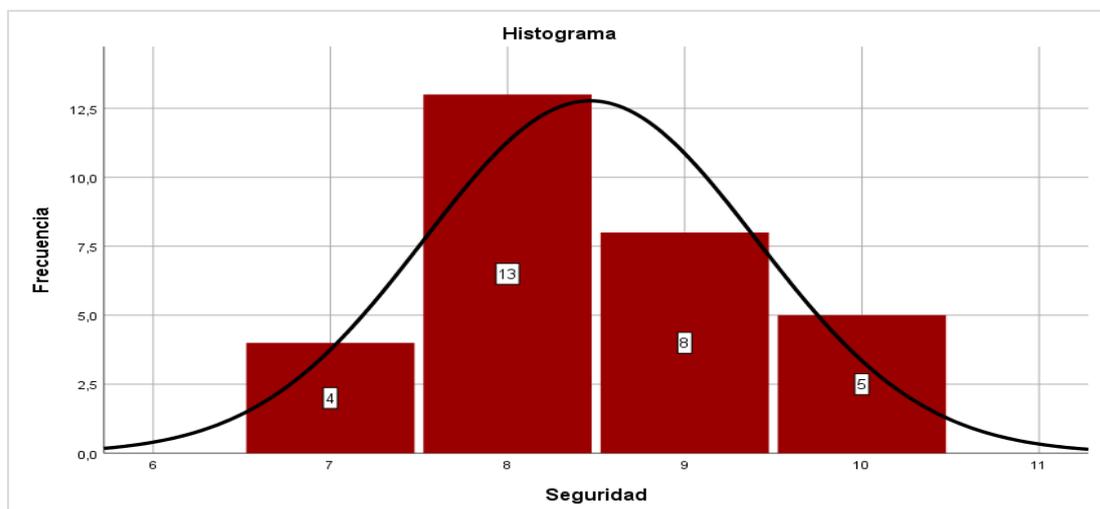


Figura 7. Grado de protección y seguridad percibido (Elaboración propia).

Así, la puntuación *media* (\pm DS) fue 8,47 (\pm 0,94), *mediana* de 8 (RIQ=9-8), siendo la puntuación más frecuente 8 (*moda*); el rango o amplitud de la muestra se sitúa entre la puntuación mínima 7 y máxima 10.

El *anexo 2* recoge los gráficos en los que se observa la asociación obtenida en el **análisis bivariante**, en forma de diagrama de cajas, de las diferentes variables recogidas con la escala de protección y seguridad percibida; en los que se compara la media obtenida en cada una de las categorías de la variable y los valores p (*grado de significación estadística*), sin embargo, ningún resultado fue estadísticamente significativo.

5. DISCUSIÓN

En función de los resultados obtenidos a través del estudio realizado, se muestra que, de los Equipos de Protección Individual, la medida de utilizar guantes para tratar a los pacientes es llevada a cabo por mucho menos de la mitad de las clínicas y hacen uso de ellos en las mismas ocasiones prepandemia; sin llevar a cabo las recomendaciones propuestas por el CGCFE (7). Sin embargo, admitieron que realizan la desinfección y lavado de manos continuamente.

La medida a tomar del uso de protección ocular o facial, es decir la pantalla, tiene aún mucha menos acogida. Es cierto que en pacientes sin la infección la recomendación de su uso es menor, aunque se aconseja por las posibles infecciones asintomáticas. Las clínicas que sí las utilizan, lo llevan a cabo en las situaciones adecuadas, principalmente con riesgo de contaminación de ojos con salpicaduras o gotas en procedimientos generadores de aerosoles, como lo establecido en los protocolos (7, 9).

El uso recomendado de ropa desechable que proteja el uniforme del trabajador de fluidos o secreciones biológicas destaca por ser el elemento del Equipo de Protección Individual que menor frecuencia de uso presenta. Muchas de las clínicas reemplazan esta recomendación por batas lavables o por una frecuencia de lavado mayor del uniforme de trabajo, sin embargo, esto no evita del todo la posible fuente de contagio.

Absolutamente, y como era esperado, todos los fisioterapeutas usan mascarillas faciales en su actividad; y sumado al uso del tipo de mascarilla recomendada (autoinfiltrante FFP2) en todos los casos, hacen que esta sea uno de los ítems mejor aceptados.

De las medidas a tomar antes de la llegada del paciente a la clínica, el triaje telefónico no es tan realizado como tal de la manera recomendada, ya que únicamente menos de la mitad lo hacen siempre; pero la mayoría informaron de que bien de manera electrónica, en las páginas web de la clínica; o bien en formato papel, a la entrada de las mismas, avisan a los pacientes con posibles síntomas o contactos de no acudir a tratamiento, lo que puede suplir al dicho triaje (7).

Más de la mitad de las clínicas se aseguran de que las personas a recibir tratamiento no coincidan en las salas de espera, aunque muchas de ellas añadieron que esta medida no depende tanto de ellos sino de los pacientes que no siguen lo indicado, referente a la puntualidad o personas acompañantes.

La estrategia de asegurarse de que el paciente realiza desinfección de manos y buen uso de su mascarilla tiene un alto grado de aceptación según lo recomendado. Algunos fisioterapeutas admitieron que habían tenido que realizar el cambio de la mascarilla de su paciente por una nueva en más de una ocasión, por el mal estado en el que esta se encontraba.

La desinfección de superficies se realizó en todos los casos según los protocolos propuestos, tanto de los colegios de fisioterapeutas como del Ministerio de Sanidad (7, 9); es decir, tras la sesión con el paciente o lo que es lo mismo, entre pacientes, para evitar posibles contagios entre los mismos.

Respecto a la ventilación también se lleva a cabo de la manera establecida en la mayoría, procediendo a ello tras la sesión con el paciente y aprovechando el momento de desinfección. En las clínicas que no tienen ventilación directa, se utiliza filtrado de aire como alternativa, que es la medida equivalente. Incluso muchas clínicas que presentan filtrado y ventilación directa, realizan ambas cosas, aumentando el grado de purificación del aire. El tiempo de realización de esta estrategia está fuera de lo recomendado en muy pocas clínicas, la mayoría oscila entre 5-10 minutos. Muchas de ellas incluso hacen una ventilación constante.

La acogida de la vacunación en los fisioterapeutas de las clínicas encuestadas es buena desde que se empezó a vacunar, la mayoría ya presentan la inmunidad mientras que los que no lo hacen todavía, no tienen inconveniente en proceder a ello. No ocurre de esta manera en países como Reino Unido o los EE.UU, en los que artículos recientes mencionan que las vacunas están teniendo baja aceptación entre trabajadores de la salud, lo que es llamado “vacilación a la vacuna” (18, 19).

La percepción subjetiva del riesgo percibido por los profesionales sanitarios ha disminuido respecto al inicio de la pandemia. En un estudio realizado en trabajadores sanitarios de Atención Primaria en marzo de 2020, periodo de tiempo en el que la escasez de material y ausencia de vacunas estaba presente, el nivel de protección en su

puesto de trabajo se manifestaba con una media de 4,07 (20). En un segundo estudio realizado entre abril y mayo del 2020, en las mismas condiciones que el anterior, con el objetivo de evaluar la evolución del mismo, la media del grado de protección aumentó a un 5,42 por un pequeño aumento de la disponibilidad de EPIs (21). En el presente estudio realizado en clínicas fisioterápicas, sin problemas con relación a la disponibilidad de material suficiente y la mayoría con respectiva inmunidad se observa que la percepción de seguridad y protección en el trabajo aumenta aproximadamente 3 puntos (media de 8,47). Los participantes de la encuesta se sienten bastante seguros, pero no apostan por mayor grado de seguridad percibido debido a que consideran que siempre hay un mínimo riesgo debido a su trabajo, aun sin conocer ningún caso de contagio en sus propias clínicas.

Se sospecha que también la realización de la encuesta en un lapso de tiempo en el que hay una baja incidencia de contagios en el país influye en esta variable.

Se informa por los propios fisioterapeutas de que al comienzo de la reapertura de las clínicas fueron más estrictos de lo que son ahora con las respectivas medidas. Esto también fue observado por la alumna si se comparan los resultados de las primeras encuestas con las últimas.

Limitaciones y fortalezas del estudio

La principal **limitación** de este estudio es principalmente el tamaño de la muestra, con tan solo 30 clínicas. Esto hace que no se haya podido encontrar relación entre algunas de las variables y extrapolar los resultados de la investigación con certeza. Resultó difícil conseguir mayor tamaño principalmente por la incompatibilidad de horarios de los encuestados con el investigador.

La mayor **fortaleza** de este trabajo de investigación es que no se obtuvo ningún valor perdido de los obtenidos debido a que la alumna se encargó, a través del tipo de estudio, un cuestionario telefónico, que permitió una retroalimentación entre participantes e investigador, de que los datos que se recogieron fueran claros y estuvieran completos.

La escasez de bibliografía publicada relacionada con ello, sobre todo específica en el ámbito de la Fisioterapia, supone una fortaleza, ya que a pesar de las barreras encontradas se consiguió conocer el uso de las medidas de prevención en las clínicas fisioterápicas de Salamanca. Sin embargo, esto también supuso una limitación a la hora del diseño del trabajo de investigación, basado en las mínimas evidencias encontradas.

6. CONCLUSIONES

A través de los resultados obtenidos, el presente estudio permite conocer aspectos importantes que se llevan a cabo y que permiten adaptar el trabajo a la nueva situación postpandemia con el objetivo de hacer de la Fisioterapia una actividad segura.

Primera. Se ha observado una buena aceptación del uso de la mayoría de medidas recomendadas para el tratamiento fisioterápico en las clínicas, lo que indica la actualización de los trabajadores sobre la situación y una alta implicación en la seguridad de sus espacios de trabajo.

Segunda. Las estrategias que menos se aplican, como es el uso de ropa desechable o la realización del triaje telefónico, se intentan sustituir por otras menos recomendadas por los protocolos establecidos que tienen menor evidencia frente al contagio.

Tercera. La mayoría de los fisioterapeutas ya presentan inmunidad a través de la vacunación, que tiene buena acogida por ellos en la ciudad, en comparación con otras ciudades o países.

Cuarta. El alto nivel de protección frente a la infección percibido por los encuestados sugiere que se encuentran seguros en su lugar de trabajo, principalmente por llevar a cabo las estrategias y/o medidas por las que se preguntaron. No se obtuvo ningún resultado significativo cuando se relacionó la escala de seguridad con las diferentes variables.

PROPUESTAS DE MEJORA:

Primera. Ningún protocolo actualmente presenta una máxima efectividad frente al virus. La falta de conocimiento completo de la capacidad de transmisión del mismo impide establecer uno con total evidencia. Aun así, es importante seguir los recomendados hasta el momento y las posteriores actualizaciones que surjan en un futuro.

Segunda. Las medidas de prevención únicamente ofrecen protección si se utilizan adecuadamente. Por ello requieren cierto adiestramiento y formación por parte de los trabajadores que las utilizan. Es recomendable que se brinde dicha educación al personal sanitario, donde están incluidos los fisioterapeutas.

Tercera. Para una máxima seguridad en las clínicas no solo debe tomar conciencia del riesgo de la situación el trabajador, sino también los pacientes que acuden a ella. Se debe fomentar la responsabilidad de todos los que forman parte del ámbito clínico.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2009 Feb [citado 13 may 2021]; 21 (1):18-26. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2638755/>
2. Yu Shi, Gang Wang, Xiao-peng Cai, Jing-wen Deng, Lin Zheng, Hai-hong Zhu, et al. An overview of COVID-19. *J Zhejiang Univ Sci B* [Internet]. 2020 may [citado 16 may 2021]; 21 (5):343-360. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7205601/>
3. Molero García JM, Arranz Izquierdo J, Gutierrez Pérez MI. COVID-19 en España, ¿cómo hemos llegado hasta aquí? *Aten Primaria* [Internet]. 2020 Dec [citado 17 may 2021]; 52 (10): 676-679. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7837066/>
4. Jin Y, Yang H, Ji W, Wu W, Chen Shuaiyin, Zhang W et al. Virology, Epidemiology, Pathogenesis, and Control of COVID-19. *Viruses* [Internet]. 2020 Apr [citado 17 may 2021]; 12(4): 372. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7232198/>
5. Srivastav AK, Saini V, Kukkar V, Rathore MS, Khadayat S, Samuel AJ. Safeguarding from COVID-19: educating healthcare workers about the available protective equipment. *Z Gesundh Wiss* [Internet]. 2021 Apr 25 [citado 16 may 2021];1-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8068563/>
6. Moreno-Casbas MT et al. Factores relacionados con el contagio por SARS-CoV-2 en profesionales de la salud en España. Proyecto SANICOVI. *Enferm Clin* [Internet]. 2020 Nov-Dec [citado 17 may 2021]; 30(6): 360-370. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7247504/>
7. Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España. Estrategias posteriores a la crisis creada por el coronavirus. Guías COVID19 CGCFE. 2020. Disponible en: https://www.consejo-fisioterapia.org/adjuntos/adjunto_119.pdf
8. K Chu D, Elie A Akl E, Duda S, Solo K, Yaacoub S, J Schünemann H, et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* [Internet]. 2020 Jun 1 [citado 20 may 2021]; 395(10242): 1973-1987. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31142-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31142-9/fulltext)
9. Ministerio de Sanidad. Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2. 2021 Feb. Disponible en: https://www.msrebs.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Proteccion_Trabajadores_SARS-CoV-2.pdf
10. Loo K-Y, Letchumanan V, Ser H-L, Teoh SL, Law JW-F, Tan LT-H, et al. COVID-19: Insights into Potential Vaccines. *Microorganisms* [Internet]. 2021 [citado 23 may 2020]; 9 (3): 605. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-2607/9/3/605/htm>
11. Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Actualización 7. Estrategia de vacunación COVID-19. 11 mayo 2021.

- Disponible en: https://www.msrebs.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19_Actualizacion7_EstrategiaVacunacion.pdf
12. Ministerio de Sanidad. GIV COVID-19. Gestión integral de la vacunación COVID-19 en España. Informe de actividad diario. 2021 May 21. Disponible en: https://www.msrebs.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Informe_GIV_comunicacion_20210521.pdf
 13. Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España. Comunicado sobre el cierre de los centros de fisioterapia como consecuencia del COVID-19. 2020 marzo 20. Disponible en: https://www.consejo-fisioterapia.org/adjuntos/adjunto_103.pdf
 14. Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España Comunicado sobre la apertura de los centros de fisioterapia. 2020 May. Disponible en: https://www.consejo-fisioterapia.org/adjuntos/adjunto_126.pdf
 15. Dean E, Jones A, Peng-Ming Yu H, Gosselink R, Skinner M. Translating COVID-19 Evidence to Maximize Physical Therapists' Impact and Public Health Response. Physical Therapy [Internet]. 2020 Sept[citado 3 junio 2021]; 100(9): 1458-1464. Disponible en: <https://academic.oup.com/ptj/article/100/9/1458/5862054>
 16. INE. Profesionales sanitarios colegiados. Año 2019. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/epsc_2019.pdf
 17. Rodríguez Lozano R, Alcocer Ojeda MA, Moreno Martínez M, Sáenz Espinosa N. La fisioterapia española en tiempos de pandemia de la COVID-19. Fisioterapia [Internet]. 2020 [citado 1 junio 2021]; 42 (4): 224-225. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-la-fisioterapia-espanola-tiempos-pandemia-S0211563820300687>
 18. Khunti K, Kamal A, Pareek M, Griffiths A. Should vaccination for healthcare workers be mandatory?. Journal of the Royal Society of Medicine [Internet]. 2021[citado 15 junio]; 114(5): 235-236. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/01410768211013525?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=c_r_pub%20%20pubmed
 19. Razai M S, Chaudhry U A R, Doerholt K, Bauld L, Majeed A. Covid-19 vaccination hesitancy. BMJ [Internet]. 2021 may [citado 15 junio]; 373: 1138. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1138.long>
 20. Sanz-Almazán M, Rodríguez-Ledo P. Conocimiento y percepción de las medidas adoptadas frente a la covid-19 por los profesionales de atención primaria al inicio de la pandemia. Med Gen Fam [Internet]. 2020 [citado 15 junio 2021]; 9(3):95-103. Disponible en: <http://mgfyf.org/conocimiento-y-percepcion-de-medidas-frente-la-covid-19-por-profesionales-de-atencion-primaria-al-inicio-de-la-pandemia/>
 21. Rodríguez Ledo P, Armenteros del Olmo L. Encuesta de seguimiento a la covid-19: los profesionales ante el paso a la gestión de casos en atención primaria. Med Gen Fam [Internet]. 2020 [citado 15 junio 2021]; 9(3): 104-111. Disponible en: <http://mgfyf.org/encuesta-seguimiento-covid-19-profesionales-ante-el-paso-a-la-gestion-casos-en-atencion-primaria/>

8. ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario telefónico (Elaboración propia)

ENCUESTA SOBRE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN FRENTE A LA COVID 19

1. Respecto a los **Equipos de Protección Individual (EPI)** durante el tratamiento de los pacientes, valora la frecuencia de uso de los siguientes elementos de protección del 1 al 5 siendo: 1=*nunca*, 2=*pocas veces*, 3=*alguna vez*, 4=*muchas veces* y 5=*siempre*;

	1	2	3	4	5
	Nunca	Pocas veces	Alguna vez	Muchas veces	Siempre
Guantes de protección	<input type="radio"/>				
Protección ocular/ facial	<input type="radio"/>				
Ropa desechable	<input type="radio"/>				
Mascarilla facial	<input type="radio"/>				

2. Respecto al **tipo de mascarilla facial** que utiliza; ¿de qué tipo suele ser?

- Mascarilla quirúrgica
- FFP2
- FFP2 más mascarilla quirúrgica
- FFP3
- Mascarillas de tela homologadas

Respecto a las **estrategias antes del tratamiento** y contacto con el paciente,

3. ¿Con qué frecuencia realiza, al tramitar la cita con el mismo, un triaje telefónico en el que incluya preguntas de prevención con el objetivo de averiguar si su paciente es un caso probable de Covid?

1=Nunca	2=Pocas veces	3=Alguna vez	4=Muchas veces	5=Siempre
<input type="radio"/>				

4. ¿En qué grado procura que los pacientes no coincidan en la clínica a la espera de su tratamiento; siendo 1 nada y 5 mucho?

1=Nada	2	3	4	5=Mucho
<input type="radio"/>				

A la **llegada del paciente a la clínica**,

5. ¿Con qué frecuencia solicita que se desinfecten las manos con gel hidroalcohólico y se asegura que hagan un buen uso de la mascarilla?

1=Nunca	2=Pocas veces	3=Alguna vez	4=Muchas veces	5=Siempre
<input type="radio"/>				

Respecto a la **limpieza general y desinfección** tras el tratamiento,

6. ¿Realiza una desinfección de las superficies con las que ha estado en contacto el paciente y/o sus secreciones?
- Tras el contacto con el paciente en la misma sesión
 - Tras la sesión con el paciente
 - Tras más de dos sesiones con diferentes pacientes
 - No realizo desinfección de las superficies

En cuanto a la **ventilación**,

7. ¿Cada cuánto tiempo procede a la ventilación del espacio clínico?
- Varias veces en la sesión con el mismo paciente
 - Tras cada sesión con el paciente
 - Tras más de varias sesiones con diferentes pacientes
 - No presento ventilación directa en la sala, utilizo filtrado de aire mecánico o mediante filtros HEPA.
 - No realizo ningún tipo de ventilación de la sala
8. En el caso de que sí se realice, ¿de cuánto tiempo es la ventilación?
- Menos de 5 minutos
 - Entre 5-10 minutos
 - Más de 10 minutos
9. Como personal sanitario, ¿ha recibido la **vacuna contra la covid19** o se encuentra en algún proceso de trámite para poder recibirla?
- Sí.
- Completa (ambas dosis)
 - Incompleta (una dosis)
- No. En caso de respuesta negativa; ¿me podría decir el motivo?
- He pasado la infección hace menos de 6 meses y esto me impide vacunarme.
 - Presento contraindicaciones o intolerancias, alergias u otros que me impiden vacunarme.
 - No quiero vacunarme porque no estoy seguro de ello, ni creo necesario tener que hacerlo.
 - Otros: _____
10. Después de adoptar todas las medidas que me ha comentado, incluyendo la vacunación (en caso de haber sido recibida o se encuentre en proceso de), ¿cuál es el grado de **seguridad y protección** que percibe, siendo 1 el mínimo nivel de seguridad y 10 el máximo nivel de seguridad?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>									

Anexo 2. Análisis bivariante (Elaboración propia)

