

ORIGINAL BREVE

Atención telefónica en atención primaria. Nuestra experiencia durante la pandemia covid-19

Bordón Poderoso C^{1*}, Jurado Cabezas M^{2*},
Quiñones Begines I^{2*}, López Téllez A^{3*},
Boxó Cifuentes JR^{3*}

¹MIR 4º año de MFyC

²MIR 2º año de MFyC

³Médicos de Familia. Tutores Unidad Docente
Multidisciplinar de Málaga

*Centro de Salud Puerta Blanca. Distrito Sanitario Málaga
Guadalhorce. Málaga

CORRESPONDENCIA

Claudia Irene Bordón Poderoso
E-mail: cbordonpoderoso@gmail.com

Recibido el 14-09-2020; aceptado para publicación el 10-12-2020
Med fam Andal. 2021; 1: 34-42

PALABRAS CLAVE

Covid-19; Atención Primaria; Consulta telefónica.

RESUMEN

Título: atención telefónica en atención primaria. Nuestra experiencia durante la pandemia Covid-19.

Objetivo: describir las consultas realizadas y el seguimiento de sospechas Covid-19.

Diseño: descriptivo transversal a partir de historias clínicas registradas en Diraya.

Emplazamiento: centro de Atención Primaria.

Población y muestra:

Pacientes: registrados en listados de consulta telefónica del Centro de Salud Puerta Blanca desde el 23 de marzo 2020 hasta 29 de mayo 2020.

Muestra: 401 registros recogidos mediante muestreo aleatorio proporcional por conglomerados.

Variables resultado: demográficas, motivos de consulta CIE-9 y descriptivas del seguimiento.

Intervención: consulta telefónica.

Análisis estadístico: porcentajes y medias con intervalo de confianza al 95% y estratificación por motivos de consulta.

Resultados: el 72.57% corresponden a consultas clínicas, y un 27.44% renovación de tratamiento y consultas administrativas. Requirió atención presencial el 8,73% IC95% [6,34-11,90]. La derivación a urgencias hospitalarias se indicó en el 2,74% IC95% [1,54-4,48]. El seguimiento de pacientes con sospecha de Covid-19 fue completo en 36 de los 41 pacientes en vigilancia. Un paciente se remitió a urgencias tras contacto telefónico. En tres pacientes no se documentó el seguimiento completo. Una paciente incumplió el aislamiento.

Conclusión: La consulta telefónica ha sido una herramienta eficaz para asegurar procedimientos diagnósticos y cuidados de la mayoría de los pacientes. Quedan áreas de estudio y abordaje de actuación en patologías agudas y cuidados de pacientes crónicos que los equipos de Atención Primaria deben desarrollar.

KEYWORDS

COVID-19; Primary Care; Telephone Consultation.

ABSTRACT

Title: The use of telephone consultation in primary care. Our experience during the COVID-19 pandemic.

Objective: To describe the consultations carried out and the follow-up of suspected COVID-19 cases.

Design: A cross-sectional descriptive study based on medical records registered in Diraya digital system.

Setting: Primary care centre.

Population and sample:

Patients: Individuals registered in the telephone consultations listings from Puerta Blanca health centre, from 23rd March to 29th May 2020.

Sample: A total of 401 registrations selected by proportional random cluster sampling.

Outcome variables: Demographic variables, CIE-9 reason for consultation, and variables describing follow-ups.

Intervention: Telephone consultation.

Statistical analysis: Percentages and means with a 95% confidence interval, and stratified by reason for consultation.

Results: A total of 72.57% telephone consultations involved clinical concerns, and 27.44% renewing prescriptions and administrative requests. 8.73% 95% CI [6.34-11.90] required further face-to-face consultation. 2.74% IC95% [1.54-4.48] were referred to hospital-based emergency department. Follow-up on suspected COVID-19 patients was complete in 36 of the 41 patients under surveillance. One patient was referred to the emergency department after telephone consultation. Complete follow-up was not documented in three patients. One patient failed to comply with isolation.

Conclusion: Telephone consultation has been an effective tool for ensuring diagnostic procedures and care for the majority of the patients. Further research is required and primary care teams need to develop guidelines on the approach to acute conditions and chronic care.

Antecedentes

La entrevista telefónica no es algo de reciente aparición, viene desarrollándose y evaluándose en muchos ámbitos de la salud demostrando su seguridad y validez en procedimientos diagnósticos, de seguimiento, terapéuticos y de consejería psicosocial (1). Un trabajo realizado por pediatras del Children's Hospital Medical Center de Boston, entrenó a personal no sanitario, esencialmente madres colaboradoras con el servicio de pediatría, en una amplia variedad de motivos de consulta abordados inicialmente mediante la consulta telefónica estructurada en guías breves de referencia. Los padres se mostraron satisfechos con la atención prestada, se identificaron casos en los que los niños requerían una valoración presencial, se comprobaron las evoluciones con llamadas en los días siguientes y se redujo el tiempo que ocupaban los pediatras en llamadas telefónicas antes de la experiencia (2). La utilización de recursos fáciles de usar, accesibles pero no restrictivos y una herramienta de documentación bien diseñada pueden ayudar a guiar el proceso de toma de decisiones mientras se abordan las preocupaciones legales y se garantiza la mejor atención posible al paciente. Una ventaja que los proveedores de cuidados para pacientes ambulatorios tienen al realizar el triaje telefónico es el conocimiento que tienen de su población de pacientes y el proceso y los tratamientos de la enfermedad (3). Por su parte, el triaje telefónico de enfermería es un mecanismo por el cual los padres solicitan asesoramiento y referencias. Una consulta común en pediatría se refiere a la fiebre infantil, que se puede controlar en casa. Un estudio investigó si los consejos de atención domiciliaria dados por las enfermeras cambiaron la preferencia original de los padres por la atención presencial. Los resultados sugieren que, aunque la mayor parte de los padres querían una consulta presencial, la mayoría siguió los consejos de enfermería para el cuidado en el hogar (4). Poder separar los pacientes con afecciones médicas autolimitadas y benignas de aquellos que necesitan una investigación o derivación más urgente porque pueden tener un trastorno subyacente potencialmente grave sigue siendo un desafío clave para los médicos de cabecera. Esta puede ser una tarea difícil, dada la amplia gama de problemas médicos en la práctica general y las limitaciones de tiempo bajo las cuales los médicos de cabecera a menudo

tienen que trabajar. La búsqueda de síntomas de alarma, signos o pruebas de diagnóstico, o *banderas rojas*, puede ayudar a diagnosticar y descartar diagnósticos graves, como cáncer, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular (5). Todas las patologías presentan unos contrastados datos de alarma que deben formar parte del guión de razonamiento clínico base de la entrevista.

La entrevista telefónica se convierte en un acto clínico relevante a través de una actitud del profesional configurada por el conocimiento científico y el deseo de cuidar. La consulta telefónica gana en potencia y seguridad cuando es realizada por los habituales cuidadores del paciente que tienen a su disposición el registro clínico completo que les permite contextualizar el motivo de la consulta. Es preferible que los profesionales tomen la iniciativa de la llamada en pacientes con patologías crónicas susceptibles de descompensarse antes de esperar que un síntoma alarme al paciente o sus familiares.

Los profesionales no solo debemos tener conocimientos sobre los procesos de la enfermedad y la atención de los pacientes en la clínica, sino que también estamos obligados a ser hábiles en el triaje de medicina y enfermería telefónica. Estas habilidades incluyen: verificar que el paciente pueda escucharnos y comprendernos, y que esté en un lugar adecuado para hablar. En ausencia de otras señales, el tono y el contenido del discurso son importantes. Obtener información de un examen físico indirecto pidiéndole al paciente que describa signos como la respiración y signos vitales y erupciones es una práctica recomendable (6). Proporcionar una red de seguridad sólida y recordar que puede ser necesaria una consulta personal o una visita al domicilio no debe soslayarse (7). Respecto del ámbito de la salud mental, la pandemia actual de COVID-19 infiltra el miedo, la ansiedad, la angustia emocional y los síntomas de estrés postraumático. Las medidas de intervención que emplean diversas autoridades sanitarias y organismos gubernamentales para combatir la infección pueden ayudar a eliminar la amenaza durante el tiempo de incertidumbre; sin embargo, los estudios multivariados realizados anteriormente en pandemias de otras enfermedades muestran que tienen efectos cognitivos y de salud mental a largo plazo en la población. Es vital enfatizar el bienestar de la salud mental de la población

y tomar medidas proactivas para minimizar sus efectos perjudiciales durante la pandemia de COVID-19 (8). La telepsicoterapia es una herramienta subutilizada en los programas de capacitación. Los resultados de la retroalimentación y la evidencia de la revisión de la literatura indican que el uso temprano de la telepsicoterapia debe emplearse en el entrenamiento psiquiátrico (9).

Por parte de los pacientes, el uso razonable de este recurso es también prioritario. La consulta telefónica no se debe plantear como un acceso rápido y directo a sus cuidadores para consultas banales sino como la utilización de un tiempo valioso y escaso de los profesionales para resolver dudas consistentes sobre la salud personal y del entorno familiar.

Justificación

En respuesta a la situación sanitaria creada por la extensión de la COVID 19, el Centro de Salud de Puerta Blanca reorganizó su actividad asistencial para asegurar la atención debida a los pacientes dentro de un marco de seguridad epidemiológica que evitara los contagios tanto en los usuarios como en el personal sanitario. La consulta telefónica se estableció como un recurso imprescindible que mantuviera el contacto con la población a nuestro cuidado. Durante los 50 días que dura el confinamiento domiciliario en España se realizaron por parte del personal sanitario del centro de salud más de 25000 llamadas telefónicas a solicitud de la población o por iniciativa de los profesionales. Formación y actividad han ido parejas puesto que no había posible dilación entre los requerimientos urgentes derivados del contexto epidemiológico y la necesidad de mejorar nuestras habilidades en el contacto telefónico. Las consultas telefónicas iniciales se han realizado por médicos de familia, residentes de medicina de familia, pediatras, y personal de enfermería. Posteriormente se habilitó una consulta de apoyo psicológico realizada por residentes de psicología clínica que se analiza en estudio aparte. Llegado este momento se hace necesaria una primera valoración de la capacidad resolutoria de la consulta telefónica; por otro lado, también sería sugestivo de evaluación su aceptación por parte de los pacientes, su seguridad y detectar las áreas de mejora, lo cual no se realiza durante este estudio pero sería una interesante línea de investigación.

Objetivo

General: describir las características de las consultas telefónicas realizadas. Detallar mediante el seguimiento del motivo de consulta si se produjo su resolución o si se produjo una evolución grave que requirió asistencia de urgencia.

Específicos: detallar la utilización del recurso por edad y sexo. Motivos de consulta. Seguimiento de las sospechas COVID-19. Citaciones presenciales. Remisiones a urgencias. Tipo de evolución.

Tipo de estudio

Descriptivo transversal a partir de las historias clínicas registradas en Diraya.

Ámbito

Atención primaria.

Pacientes

Pacientes registrados en los listados de consulta telefónica del Centro de Salud Puerta Blanca desde el 23 de marzo 2020 hasta 29 de mayo 2020.

Tamaño muestral

Para conseguir una precisión del 5,00% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal con corrección para poblaciones finitas al 95,00% bilateral, asumiendo que la proporción esperada es del 50,00% y que el tamaño total de la población es de 25000, hemos incluido 401 unidades experimentales en el estudio.

Muestreo

Realizamos un muestreo proporcional por conglomerados de días seleccionados de agenda médica, pediátrica y enfermera, asignado una recogida aleatoria de las unidades de estudio dentro de cada conglomerado.

401 unidades de estudio.

40 días corresponden a 10 unidades por día de estudio:

5 unidades de las consultas médicas, 3 unidades de las consultas de enfermería, 2 unidades de las consultas de pediatría.

Variables

Los datos se obtuvieron de las historias clínicas registradas en Diraya.

Pacientes: edad y sexo

Motivo de consulta: registros CIE 9 en DIRAYA

Resolución: Si/No

Seguimiento realizado Si/No

Citación presencial para valoración clínica: Si/No

Remisión a urgencias: Si/No

Tipo de profesional: 1 Médico/a; 2 Pediatra; 3 Residente MF; 4 Enfermería.

Análisis

Se realizó el análisis descriptivo de las variables cualitativas (distribución de frecuencias y porcentajes) y cuantitativas (medias y desviaciones estándares). Comprobamos las condiciones de normalidad de las variables cuantitativas mediante la prueba de Shapiro-Wilks. Corregimos el histograma agrupando el segmento de edad pediátrica. Determinamos los porcentajes y medias dentro del intervalo de confianza al 95%. Analizamos la continuidad de cuidados en los pacientes atendidos por sospecha de COVID-19.

Limitaciones del estudio

Las propias de trabajar en condiciones reales de práctica clínica. Registros a veces insuficientes, distintas ubicaciones de la información de acuerdo a la práctica clínica variable de cada profesional.

Consideraciones éticas

El proyecto se realizó siguiendo las Guías de Buenas Prácticas Clínicas y la Declaración de Helsinki (Fortaleza, Brasil 2013). El proyecto garantizó la confidencialidad de los datos según Reglamento (UE) nº 2016/679 General de Protección de Datos (RGPD; y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Los datos se obtuvieron de la historia clínica registrada en Diraya; no hubo entrevista directa con los pacientes. Por lo que consideramos no era necesaria la obtención del consentimiento informado.

No se recogió ningún dato que pueda identificar a los pacientes. Los cuestionarios de recogida de datos (CRD) están totalmente anonimizados: sin ningún dato que pueda identificar al paciente. Toda la información ha sido utilizada únicamente para los fines reseñados. Todos los investigadores implicados en el proyecto se comprometen a cumplir las normas necesarias para preservar la confidencialidad de la información obtenida durante el estudio.

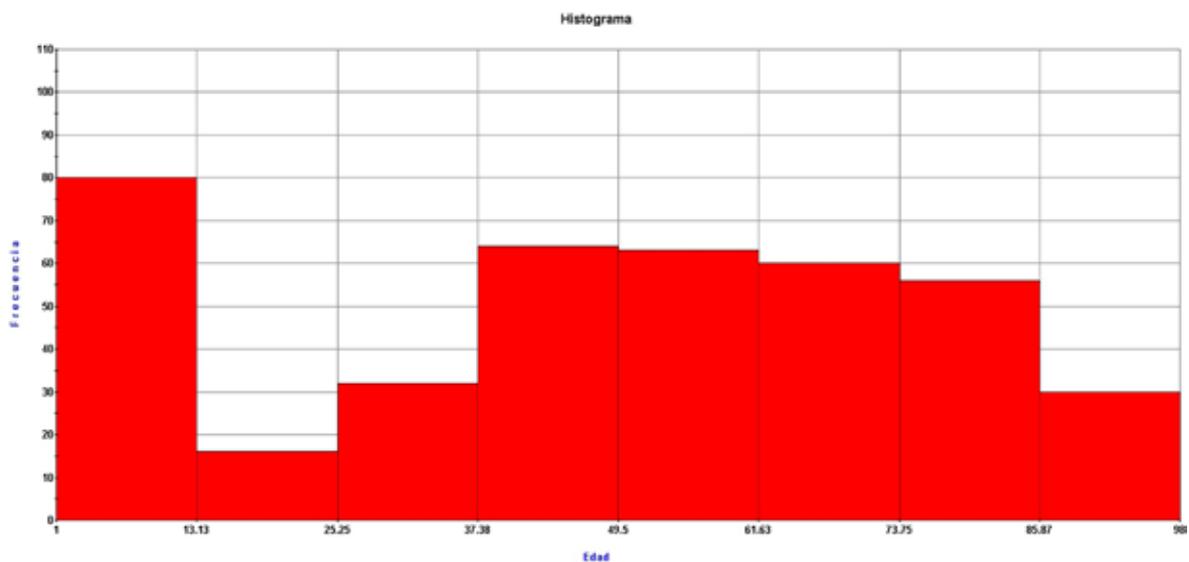
El presente proyecto se presentó al CEI Provincial de Málaga siendo considerado ética y metodológicamente correcto (Protocolo 2527 28/3/2020).

RESULTADOS

Se analizó una muestra de 401 consultas telefónicas. Todas las llamadas realizadas por parte de médicos de familia y pediatras se realizaron a iniciativa de los pacientes. Por parte de enfermería un 77,66% fueron a iniciativa de los profesionales para el seguimiento de pacientes con problemas crónicos de salud en relación con las medidas de seguridad recomendadas para evitar la exposición y diseminación de la enfermedad. La edad media de los pacientes fue 48.27 ± 27.99 años. El histograma de distribución de edades se muestra en la Figura 1. En cuanto al sexo 248 (61.85%) correspondieron al sexo femenino y 153 (38.15%) al masculino. La Tabla 1 recoge los resultados referentes a los motivos más frecuentes de consulta, donde destaca que el 72.57% corresponden a consultas clínicas (crónicos, patología general o seguimiento de COVID-19), y un 27.44% renovación de tratamiento y consultas administrativas.

La Tabla 2 informa de la distribución de las consultas telefónicas por profesionales sanitarios. El 79.80 IC95% [75,60-83,44] de las llamadas se resolvieron en un solo acto de consulta. Requirió consulta presencial un 8,73% IC95% [6,34-11,90] de los pacientes. Una derivación a otras especialidades se gestionó en el 5,74% IC95% [3,85-8,46] de los casos mientras que la derivación a urgen-

Figura 1. Distribución por edades de las consultas telefónicas (N=401)



cias hospitalarias se indicó en el 2,74% IC95% [1,54-4,48].

La Tabla 3 recoge las características de las 41 consultas telefónicas en las que se comunicaron síntomas relacionados con la enfermedad por SARS CoV-2 y el manejo realizado por parte de los profesionales.

La Tabla 4 describe los motivos de derivación a las urgencias hospitalarias. Seis de los 11 pacientes derivados a las urgencias hospitalarias fueron previamente valorados en la consulta presencial del Centro de Salud.

DISCUSIÓN

La consulta telefónica realizada por los profesionales sanitarios del Centro de Salud Puerta

Blanca, ha demostrado una elevada capacidad resolutoria, solucionando cerca del 80% de las necesidades de los pacientes en un acto único. La utilización de los recursos presenciales y de derivación urgente se ha mostrado adecuada para evitar la frecuentación innecesaria de los pacientes rompiendo medidas de aislamiento a riesgo de exposición y proporcionando los cuidados inmediatos requeridos para otro tipo de problemas de salud graves. Comparando los datos recogidos en este estudio con estudios previos acerca de motivos de consulta en Atención Primaria, observamos que en un estudio realizado en un Centro de Salud Urbano de Lugo en periodos donde se realizaba un modelo de atención presencial, el porcentaje de consulta burocrática era de 30.8%, frente a un 43.3% de consulta clínica y un 25.9% de consultas mixtas (clínica y administrativa), con una media de edad de 54.5 años (10). Por otro lado, los datos recogidos en un estudio de la

Tabla 1. Principales motivos de consulta telefónica (N=401)

Motivo consulta CIE-9	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Sospecha Covid-19 V01.70	41	10.22	[7,63-13,58]
Renovación tratamiento	69	17.21	[13,83-21,21]
Consulta administrativa	41	10.22	[7,63-13,58]
Seguimiento crónicos	82	20.45	[16,79-24,67]
Patología general	168	41.90	[37,17-46,78]

Tabla 2. Distribución por profesionales de las consultas telefónicas (N=401)

Profesional	Frecuencia	Porcentaje	IC95%
Médico de Familia	193	48,13	[43,28-53,01]
Médico Residente	25	6,23	[4,20-9,04]
Pediatra	80	19,95	[16,33-24,14]
Enfermería	103	25,69	[21,65-31,18]

Tabla 3. Seguimiento telefónico de pacientes en domicilio con sospecha de Covid-19 (N= 41)

Variables	Frecuencia	Porcentaje	IC95%
Edad media	42,24		[34,85-49,62]
Sexo	Mujer 20 Hombre 21	48,78 51,22	
Seguimiento completo en domicilio hasta resolución	36	86,80	[74,46-94,68]
Atención Presencial	Ninguno	0	0
Derivación urgencias	1	2,44	[0,43-1,26]
Diagnóstico Covid-19 mediante PCR	No 32 Sí 8: PCR (-) 4 PCR (+) 4	78,05 21,95	[63,29-88] [19,51-34,01]

Tabla 4. Distribución de motivos de derivación a urgencias hospitalaria (N=11)

Motivo CIE-9	Frecuencias	Porcentajes
789.00 Abdomen agudo	1	9.09
426.0 Bloqueo AV completo	1	9.09
V01.79 Sospecha Covid-19	1	9.09
540.9 Apendicitis aguda	1	9.09
458.9 Hipotensión arterial	1	9.09
677.9 Aborto	1	9.09
496 EPOC	1	9.09
079.9 Proceso infeccioso	1	9.09
510.9 Derrame pleural	1	9.09
787.03 Vómitos	1	9.09
F41.9 Ansiedad	1	9.09

Comunidad Valenciana en un periodo de tiempo donde la consulta telefónica supuso el 0.7% de las visitas, puso de manifiesto un porcentaje de consulta únicamente burocrática de un 35.5% en contraposición a un 24.7% de consulta clínica, con una media de edad de 56.3 años \pm 20.1 (11).

En referencia a los motivos de consulta clínicos recogidos en nuestro estudio, nos preocupa que no se recogieran códigos CIE 9 entre el 410 y 414 correspondientes a las distintas formas de presentación de la cardiopatía coronaria, ni del 430 al 438 correspondientes a procesos

cerebrovasculares agudos (12), lo cual podría abrir una nueva línea de investigación acerca de la atención en Urgencias Hospitalarias de nuestra Zona Básica de Salud durante el Estado de Alarma, así como en la consulta presencial de Urgencia (Consulta de no demorables) que se realiza en nuestro Centro de Salud y cuyos datos no han sido reflejados en este estudio. No obstante, la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Neurología notificaban la reducción en un 40% de los diagnósticos de infartos de miocardio y un 33% en los ictus sin otra explicación que la falta de reconocimiento de los síntomas y el miedo de los pacientes a ser trasladados. Varias sociedades han propuesto pautas de abordaje para ambas patologías en el contexto de la Covid-19 (13) (14). Un adecuado seguimiento proactivo de los profesionales de aquellos pacientes más vulnerables para estas patologías podría detectar personas sintomáticas y proporcionar una adecuada asistencia por lo que el Centro de Salud ha elaborado un programa de atención a iniciativa de los profesionales para siete patologías crónicas prevalentes que se ha extendido a toda la Comunidad Autónoma. El código V66.7 de cuidados paliativos tampoco se registró en ninguno de los 401 casos estudiados por lo que un estudio centrado en los cuidados recibidos por estos pacientes durante el confinamiento se hace necesario. Tampoco fue registrada ninguna visita a domicilio, así como datos acerca de la lista de espera para atención telefónica programada.

Las consultas por síntomas relacionados con la Covid-19 fueron más frecuentes durante las primeras semanas en las que aún no existía en Atención Primaria un dispositivo para la detección rápida del virus mediante PCR de modo que la única estrategia era la vigilancia periódica de la evolución de las personas aisladas. Las llamadas con este contenido se fueron reduciendo paulatinamente expresión del bajo grado de exposición de la población de la provincia (15). La seguridad en el seguimiento de pacientes confinados por síntomas sospecha de enfermedad por SARS CoV 2 ha sido elevada, pero no perfecta como exige la gravedad de la situación, manteniendo el contacto periódico hasta la resolución en 36 de los 41 pacientes en vigilancia además del paciente ingresado por Covid-19 a partir del contacto telefónico. En 3 pacientes no se documentó el seguimiento completo hasta la resolución del

cuadro. Una paciente rompió las medidas de aislamiento. Estas excepciones ponen de manifiesto las dificultades para realizar seguimientos exhaustivos de pacientes sintomáticos. La mejora en la cifra de contagios que acompañan a un mayor control y seguimiento muestran que los esfuerzos realizados están siendo exitosos para aplanar la curva epidémica y reforzar la creencia que debemos aferrarnos a estos seguimientos como indican las tendencias globales de nuestro país (16). Los temores de que con el cierre de los centros de salud dejara de prestarse los servicios propios de la Atención Primaria transfiriendo toda la atención a los hospitales, no son del todo exactos (17). Como documentamos en nuestro estudio, la atención no se interrumpió en ningún momento sino que se reconfiguró realizándose consulta telefónica preferentemente, presencial en los casos de atención no demorable a iniciativa del paciente y por indicación del profesional tras el contacto telefónico. La telemedicina puede desempeñar un papel importante en el proceso de selección, la identificación temprana, el diagnóstico y el tratamiento de las personas infectadas, y el manejo de la circulación de los pacientes de una manera que garantice que el equipo médico no entre en contacto con pacientes potencialmente infectados y se provean los servicios necesarios (18).

CONCLUSIONES

La consulta telefónica ha sido una herramienta eficaz para asegurar los procedimientos diagnósticos y de cuidados de la mayoría de los pacientes durante el Estado de Alarma permitiendo conciliar la atención sanitaria con la seguridad de pacientes y profesionales para no diseminar la infección. Quedan áreas de estudio y abordaje de actuación en patologías agudas y cuidados de pacientes crónicos que los equipos de Atención Primaria están obligados a desarrollar.

Bibliografía

1. BELLÓN JA. La consulta del médico de Familia: cómo organizar el trabajo (1). La consulta a demanda. En: Gallo FJ. Manual del residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. I.M.&C. 1993, 275-86.
2. Rosekrans J, Limbo D, Kaplan D et al. Telephone consultations in pediatrics. Patient Care Publications. Department of Health, Education and Welfare. Connecticut 1981.

3. Black KL, Caufield C. Standardization of telephone triage in pediatric oncology. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2007 Jul-Aug; 24 (4):190-9.
4. Light PA, Hupcey JE, Clark MB. Nursing telephone triage and its influence on parents' choice of care for febrile children. *J Pediatr Nurs*. 2005 Dec; 20(6): 424-9.
5. Knut Schroeder, Wai-Sun Chan. Recognizing Red Flags in General Practice. *InnovAiT*. 2011; 4 (3):171-176
6. van Galen LS, Car J. Telephone consultations. *BMJ*. 2018; 360: 1047.
7. Gupta SG. Tips for telephone and electronic medical consultation. *Indian J Pediatr*. 2013; 80(11): 944-8.
8. Shah K, Kamrai D, Mekala H, Mann B, Desai K, Patel RS. Focus on Mental Health During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic: Applying Learnings from the Past Outbreaks. *Cureus*. 2020 Mar 25; 12 (3):e7405.
9. Famina S, Farooqui AA, Caudill RL. Early use of telepsychotherapy in resident continuity clinics—our experience and a review of literature. *mHealth [internet]*. 2020; 6:1. Disponible en: <http://mhealth.amegroups.com/article/view/30477/pdf>
10. Zas Varela M, García Sierra, A, Rodríguez Ledo, P. Cuantificación y naturaleza de motivos de consulta en Medicina de Familia. *SEMG*. 2011; 136: 86-91.
11. Predera Carbonell V, Gil Guillén D, Orozco Beltrán I, Prieto Erades G, Schwarz Chavarri, Moya García I. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valencia. *Aten. Primaria*. 2005; 35(2): 82-8.
12. CIE9MC (Clasificación internacional de enfermedades. 9ª revisión modificación clínica). 9ª ed. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CIE9MC_2014_def_accesible.pdf
13. Mahmud E, Dauerman HL, Welt F, Messenger JC, Rao SV, Grines C et al. Management of Acute Myocardial Infarction During the COVID-19 Pandemic. *J Am Coll Cardiol*. 2020 Apr 21; S0735-1097(20)35026-9. doi: 10.1016/j.jacc.2020.04.039. Online ahead of print. Available in: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ccd.28946>
14. Khosravani H, Rajendram P, Notario L. Protected Code Stroke: Hyperacute Stroke Management During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Stroke*. 2020 Jun; 51 (6):1891-1895. doi: 10.1161/STROKEAHA.120.029838. Epub 2020 Apr 1.
15. Ministerio de Sanidad. Estudio ene-covid19: segunda ronda. Estudio nacional de sero-epidemiología de la infección por sars-cov-2 en España. Informe preliminar: 3 de junio de 2020.
16. Tobías A. Evaluation of the Lockdowns for the SARS-CoV-2 Epidemic in Italy and Spain After One Month Follow Up. *Sci Total Environ* 2020 Jul 10; 725: 138539. doi: 10.1016/j.scitotenv.2020.138539
17. Martínez Riera JR, Gras-Nieto E. Home care and covid-19. before, in and after the state of alarm. *Enferm Clin*. 2020 May 15. doi: 10.1016/j.enfcli.2020.05.003.
18. Gy rffy Z, Békási S, Szathmári-Mészáros N, Németh O. Possibilities of Telemedicine Regarding the COVID-19 Pandemic in Light of the International and Hungarian Experiences and Recommendations. *Orv Hetil*. 2020 Jun; 161(24):983-992. doi: 10.1556/650.2020.31873.