

ORIGINAL

# La COVID-19 desde Atención Primaria. Los centros de salud no cierran

Almagro Martín-Lomeña P<sup>1</sup>,  
Lomeña Villalobos JA<sup>1</sup>, de la Torre Solís C<sup>1</sup>,  
Luque Garrocho A<sup>2</sup>, Perpiñá Fortea C<sup>1</sup>,  
Martín Alarcón S<sup>1</sup>, López García A<sup>1</sup>,  
Jiménez Castillo M<sup>ª</sup>E<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Especialistas en MFyC

<sup>2</sup>Pediatra

Centro de salud de Torre del Mar. Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía. Málaga. España

CORRESPONDENCIA

José Antonio Lomeña Villalobos  
E-mail: josealomena@gmail.com

Recibido el 06-02-2021; aceptado para publicación el 09-07-2021

Med fam Andal. 2021; 2: 82-91

PALABRAS CLAVE

SARS-CoV-2, Covid-19, epidemiología, atención primaria. Pandemia Global.

RESUMEN

**Título:** la COVID-19 desde Atención Primaria. Los centros de salud no cierran.

**Objetivo:** analizar la demanda telefónica que ha generado la pandemia de la COVID-19 en las consultas de Atención Primaria de Torre del Mar (Málaga) y estudiar diversas variables en relación a la asistencia prestada por los profesionales.

**Material y métodos:** estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de pacientes de cero a 96 años que desde el 15 de marzo al 29 mayo de 2020 (52 días) se les contactó telefónicamente desde Atención Primaria en relación a patologías relacionadas con la COVID-19. (n=753).

**Resultados:** se atendieron 753 pacientes de 22 cupos. Mujeres 58,9%. 160 niños y 593 adultos. Primer síntoma referido: tos 31,7%, fiebre 19%, odinofagia 13,3%, febrícula 10,7%, disnea 5,3%. Inicio de los síntomas 5,4 días de media antes del contacto telefónico. 68,6% no reconocían contacto previo con sospechosos. Comorbilidades 32,9% (HTA, Diabetes, Cardiopatía, EPOC). Se solicitaron Rx de tórax al 13,7%. Al 9,1% se derivó a urgencias.

Llamadas telefónicas realizadas 3.398. Días de seguimiento 10.407. Hay diferencias significativas en ambas variables en relación a los distintos médicos ( $p < 0,005$ ).

**Discusión:** la pandemia COVID-19 ha supuesto un condicionante importante en el desempeño de nuestro trabajo. En la llamada "primera ola" el desconocimiento sobre patología, diagnóstico, tratamiento y seguimiento fue patente. Las limitaciones a los test diagnosticos complicó nuestro trabajo. Los centros de salud no cerraron nunca. Se contactó desde los teléfonos a pacientes COVID-19 o sospechosos y al resto de pacientes agudos o crónicos que lo solicitaron.

## KEYWORDS

SARS-CoV-2, COVID-19, Epidemiology, Primary care. Global pandemic.

## ABSTRACT

**Title:** The role of primary care in the COVID-19 response. Primary care does not close.

**Aims:** To analyse the demand for telephone consultations generated by the COVID-19 pandemic in Torre del Mar (Malaga) primary care centres, and to study several variables in relation to care provided by health professionals.

**Materials and methods:** A descriptive, cross-sectional and retrospective study of patients aged zero to 96 years who were contacted by telephone, from 15 March to 29 May 2020 (52 days), from primary care facilities, with regards to COVID-19 related pathologies (n=753).

**Results:** A total of 753 patients from 22 quotas received telephone consultations. 58.9% were women. A total of 160 children and 593 adults. First reported symptom was cough 31.7%, fever 19%, odinophagia 13.3%, febrile 10.7%, dyspnea 5.3%. The mean time from the initial onset of symptoms was 5.4 days before telephone contact. 68.6% of patients did not acknowledge having had prior contact with COVID-19 suspected cases. 32.9% reported comorbidities (high blood pressure, diabetes, heart disease, COPD). Chest X-rays were requested for 13.7% of patients 9.1% of patients were referred to the emergency room.

A total of 3,398 phone calls were made. Number of follow-up days was 10,407. Significant differences were observed in both variables in terms of the different physicians involved ( $p<0.005$ ).

**Discussion:** The COVID-19 pandemic represented a powerful conditioning factor for primary care performance. The lack of knowledge regarding pathology, diagnosis, treatment and follow-up was most evident during the first wave of the pandemic. Limitations to diagnostic testing hampered the work of primary care professionals. Primary care centres never closed. COVID-19 confirmed or suspected patients were contacted from primary care facilities by phone, and so were other patients with acute or chronic illness who requested consultation.

## INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre de 2019, China informó a la Oficina de la OMS de varios casos de neumonía de etiología desconocida detectados en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei (China). El 3 de enero de 2020, las autoridades chinas notificaron a la OMS que, en total, había 44 pacientes con neumonía de etiología desconocida. (1)

El 5 de enero de 2020 la OMS publica su primer panel sobre brotes epidémicos relativo al nuevo virus, una publicación técnica de referencia para la comunidad mundial, de investigación y salud pública y los medios de comunicación. (2)

El 31 enero de 2020 el Centro Nacional de Microbiología confirma el primer caso positivo en España en La Gomera. Era una persona de origen alemán que llegó a la isla como turista junto a cuatro personas más que fueron ingresadas y aisladas en el Hospital Virgen de Guadalupe de La Gomera. (3)

En respuesta al número creciente de casos de la COVID-19, el Gobierno español, en su sesión extraordinaria del sábado 14 de marzo de 2020 declaró el estado de alarma, lo que conllevó como principal medida la imposición de una cuarentena nacional. La medida, que entró en vigor a las 00:00 horas del domingo 15 de marzo, fue una de las medidas de emergencia para reducir el contagio. (4)

La COVID-19 afecta de distintas maneras en función de cada persona. La mayoría de las personas que se contagian presentan síntomas de intensidad leve o moderada, y se recuperan sin necesidad de hospitalización. Los síntomas más habituales son: fiebre, tos seca, cansancio, mialgias, dolor de garganta, diarreas, dolor de cabeza, pérdida del sentido del olfato o del gusto y lesiones en la piel, entre otras. Como síntomas graves: disnea, dolor pleurítico, fiebre alta, ashenia intensa.

Debido al mayor número de casos diagnosticados y de muertes por la enfermedad, que se concentran sobre todo en personas de edad avanzada y con patologías previas, los Gobiernos se han visto obligados a tomar medidas de información, gestión de la crisis y distanciamiento social, mientras los sistemas sanitarios se han visto sometidos a

una presión asistencial que los dejaba al borde del colapso. (5)

El Ministerio de Sanidad desde el principio de la crisis publica una serie de Documentos técnicos. Con actualizaciones periódicas cuando la evidencia disponible así lo aconseja. Participan en su redacción las distintas Sociedades Científicas implicadas. El objetivo de los documentos es servir de guía de actuación para el manejo de casos de COVID-19. (6) Existen documentos específicos para Atención Primaria (7) y Pediatría. (8)

Se recomendó, en función de las características y necesidades de cada centro de salud o consultorio, implementar estrategias para disminuir el aforo de pacientes en los centros sanitarios y aumentar el espacio físico y temporal entre ellos, así como potenciar las consultas telefónicas y telemáticas, dejando a criterio del profesional sanitario tras una primera valoración telefónica, la necesidad de realizar una valoración presencial y se aconsejó potenciar las consultas en “acto único” para disminuir el número de visitas de los pacientes, pudiéndose aplazar, en función de la disponibilidad de recursos y la situación epidémica local, las actividades sanitarias programadas y no urgentes en los centros sanitarios de atención primaria y hospitalaria. (9)

Se indicó el aislamiento y el seguimiento telefónico del paciente sospechoso o confirmado de la COVID-19. Asimismo, se iniciaron las actividades de identificación de contactos estrechos según el modelo organizativo autonómico. (7,9)

Desde el primer día del estado de alerta se ha contactado telefónicamente con todos los usuarios que lo han solicitado, sea por patologías respiratorias o de otra índole. Además, cuando algún profesional sanitario ha atendido de forma presencial (en consulta o domicilio) o telemática con un usuario con sospecha de COVID-19, se le ha incluido en la agenda de su médico y éste ha contactado con él a la mayor brevedad posible, siempre en las primeras 24-36 horas.

En caso de sintomatología leve, el personal sanitario realizó una valoración de la situación clínica y comorbilidades y emitió las recomendaciones oportunas, así como evaluó la gravedad de la situación clínica del paciente y organizó la forma de realización de pruebas complementarias

como Rx, análisis sanguíneo y PCR COVID-19 en hospital de referencia. (la PCR COVID-19 está disponible en nuestro Centro de Salud desde 15 junio 2020; desde el 15 marzo a 15 junio no ha estado disponible para Atención Primaria ningún test diagnóstico).

En caso de requerir atención urgente, se derivó para su atención, según correspondía, a los Servicios de Urgencias y Emergencias del propio Centro de Salud o Urgencias Hospitalarias, informándoles de que se trataba de un posible caso de COVID-19 para que pudieran disponer de los equipos de protección individual (EPI) recomendados durante la evaluación presencial del paciente.

### *Objetivo*

El objetivo de este trabajo es describir cómo se gestionaron las consultas telefónicas del Centro de Salud de Torre del Mar perteneciente al Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía durante el periodo del estado de alarma en la llamada “primera ola” provocada por la pandemia Covid-19 y analizar los resultados obtenidos.

## **PACIENTES Y MÉTODOS**

El Centro de Salud de Torre del Mar (Málaga) forma parte del Área Sanitaria Este de Málaga-Axarquía, tiene 18 cupos médicos y 4 cupos de pediatría. Existen 4 consultorios locales.

Abarca una población de 22.168 hab. (1 de enero de 2018).

Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional. Se revisaron 753 historias clínicas de Atención Primaria de pacientes de cero a 96 años con sospecha o confirmación de infección por la COVID-19 y que fueron contactados telefónicamente en el período comprendido entre el día 15 de marzo al 29 de mayo 2020 (52 días hábiles). Para esta muestra se solicitó a nuestra Área Sanitaria un listado de todos los pacientes en los que la palabra Covid figuraba en algún apartado de la historia clínica Diraya en esas fechas. Es por tanto un muestreo consecutivo de pacientes atendidos en ese límite temporal. El sesgo inherente

a este tipo de muestreo es la no respuesta o la falta de interés a contestar las preguntas, pero en nuestro caso todas las personas contactadas telefónicamente atendieron las llamadas telefónicas realizadas por sus propios médicos de cabecera. De 922 pacientes iniciales se descartaron 169 por no cumplir los criterios de inclusión debido sobre todo a errores burocráticos, por lo que la muestra quedó conformada por 753 pacientes. Las variables analizadas fueron: demográficas, epidemiológicas, clínicas y terapéuticas.

Los datos se expresan en frecuencia absoluta y porcentajes. Las variables cuantitativas se describen mediante media  $\pm$  desviación estándar. Para comparar variables cualitativas se utilizó el test Chi cuadrado y para variables cuantitativas el Test de t Student. Para comparar medias se usó el análisis univariado de la varianza. Para la significación estadística se consideró como punto de corte un valor de "p" menor a 0,05. El paquete informático utilizado para el análisis fue el programa SPSS 25.

En todo momento para la elaboración de este trabajo se respetó la LOPD 3/2018 así como la declaración de Helsinki. El comité de ética provincial consideró el trabajo ético y metodológicamente correcto con fecha 9 octubre 2020 y con el código PAML20.

## RESULTADOS

Se revisaron 753 historias clínicas de Atención Primaria de pacientes de cero a 96 años con sospecha clínica o confirmación de infección por la COVID-19 y a los que se contactó telefónicamente por su médico para su seguimiento. 59% eran mujeres (n=444). 160 pacientes (21,2%) eran pediátricos (4 cupos) y 593 adultos (18 cupos). 437 (58%) tenían una edad entre 14 y 64 años y 156 (20,7%) eran mayores de 65 años.

Las variables estudiadas aparecen en la tabla 1.

Tabla 1. Variables analizadas

### **DEMOGRÁFICAS**

- SEXO
- EDAD

### **EPIDEMIOLÓGICAS**

- FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS
- CONTACTO PREVIO CON CASO/SOSPECHOSO SARS-CoV 19

### **CLÍNICAS**

- SÍNTOMA INICIAL
- SÍNTOMAS PREVALENTES
- DÍAS DE SEGUIMIENTO
- NÚMERO DE LLAMADAS POR PACIENTE
- COMORBILIDADES
- DERIVACIONES A PUNTOS DE URGENCIAS. Criterios de gravedad: Taquicardia, Fiebre >39°C, Disnea, Dolor pleurítico, Vómitos o Diarreas.
- INGRESOS HOSPITALARIOS
- MORTALIDAD
- COMPLICACIONES

### **DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS**

- PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (PCR Y ANTICUERPOS)
- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (RX DE TÓRAX)
- TRATAMIENTOS

Aunque el número total de pacientes de cada cupo oscilan entre 1600 y 1400, encontramos variabilidad en los casos seguidos; así, uno de los médicos contactó con 74 pacientes distintos mientras que otro médico solo con 5 pacientes de su cupo.  $P < 0,000$ . No así en pediatría donde el número de pacientes incluidos fue similar entre los 4 cupos. Figura 1.

Durante 52 días hábiles se hicieron un total de 3.398 llamadas telefónicas lo que sumó 10.407

días de seguimiento. Globalmente la media de los días de seguimiento fue de 13,82, mientras que la media de llamadas fue de 4,51.

Los días de seguimiento en los pediatras tuvo una media de  $7,08 \pm 7,3$  y en los casos de los médicos de familia una media de  $15,84 \pm 13,6$ . La prueba de Levene demostró varianzas iguales entre los grupos con una  $p < 0,000$  en los días de seguimiento entre pediatras y médicos de familia. Figura 2.

Figura 1. Número de pacientes distintos llamados por cada médico

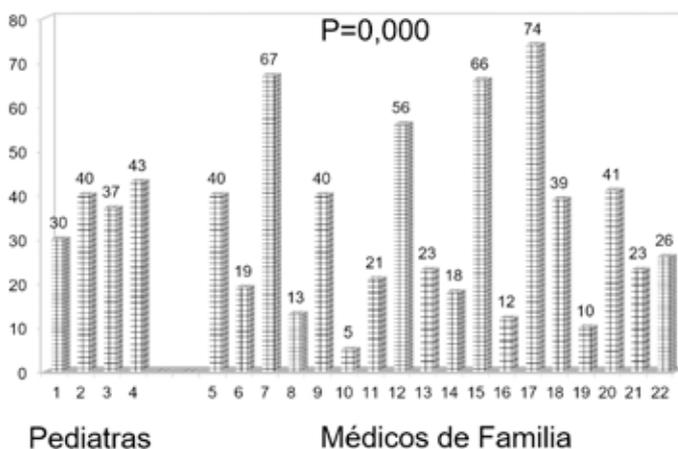
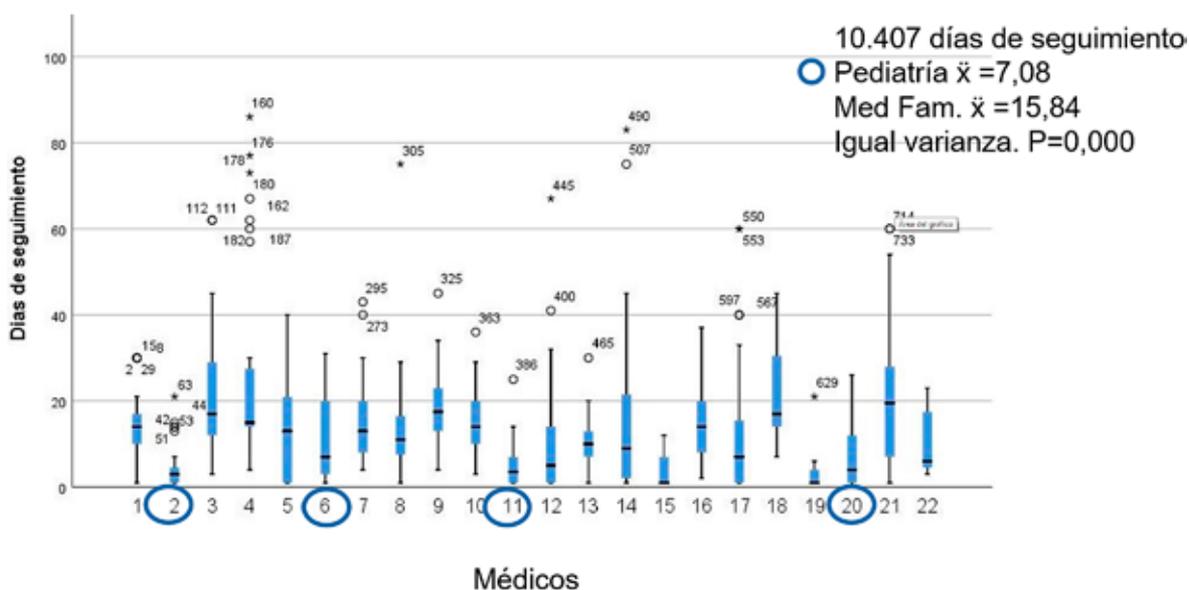


Figura 2. Diagrama de cajas de los Días de seguimiento por cada médico



El número de llamadas de los pediatras tuvo una media fue de  $2,65 \pm 1,7$  y en las llamadas de los médicos de familia la media fue de  $5,02 \pm 3,6$ . La prueba de Levene demostró varianzas iguales entre los grupos con una  $p < 0,000$  en el número de llamadas entre pediatras y médicos de familia. Figura 3.

primer síntoma se inició 4 días antes del contacto telefónico con el paciente). En esta variable no encontramos diferencias significativas entre pediatras y médicos de familia. La media global de inicio de síntomas fue de  $-4,85$ . Para los pediatras su media fue de  $-4,76$  y de  $-4,87$  para los médicos de familia.

Una de las variables recogidas de las historias clínicas fue la fecha de inicio de los síntomas pues el protocolo del estudio así lo aconsejaba. Se indicó con un número negativo ( $-4$  significaba que el

A todos los pacientes se les preguntó por el primer síntoma percibido, así como por la presencia o ausencia de síntomas. En la tabla 2 aparecen los síntomas iniciales.

Figura 3. Diagrama de cajas del Número de llamadas por cada médico

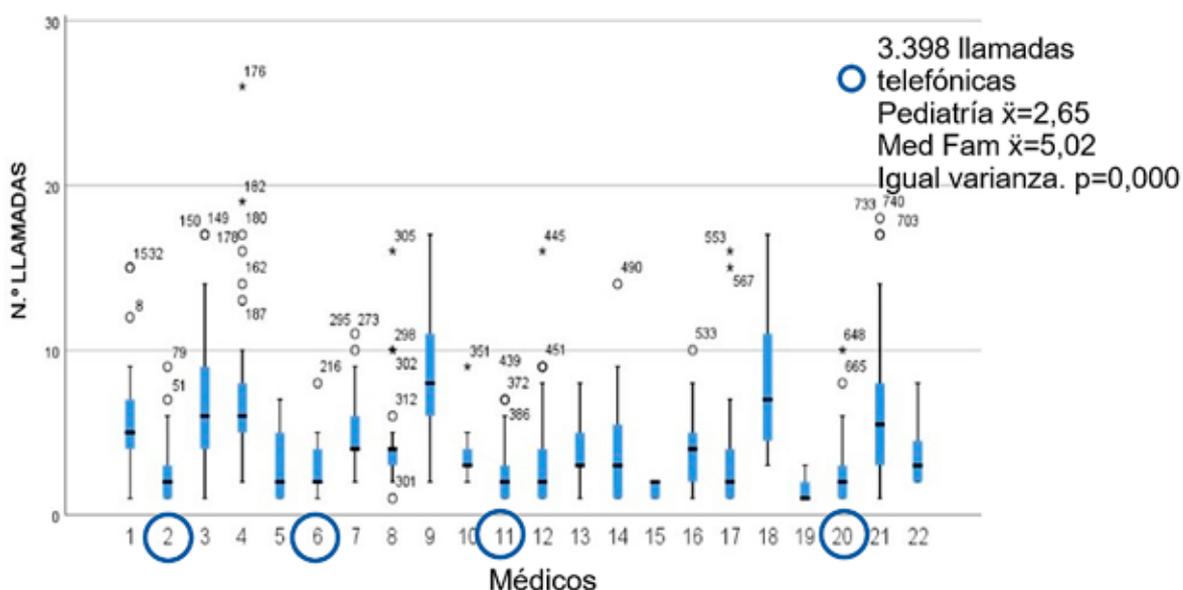


Tabla 2. Síntoma inicial

<b>TOS CON/SIN EXPECTORACIÓN</b>		<b>36,90 %</b>
- SECA	31,60 %	
- MUCOSA	5,30 %	
<b>FIEBRE/FEBRÍCULA</b>		<b>29,70 %</b>
- FIEBRE $\geq 38,5^\circ$	18,96 %	
- FEBRÍCULA	10,74 %	
<b>ODINOFAGIA</b>		<b>13,39 %</b>
<b>DISNEA/SIBILANCIAS</b>		<b>6,49 %</b>
<b>DIARREAS</b>		<b>3,18 %</b>
<b>MIALGIAS</b>		<b>1,30 %</b>
<b>CEFALEA</b>		<b>1 %</b>
<b>ASTENIA</b>		<b>1 %</b>
<b>NAÚSEAS/VÓMITOS</b>		<b>1 %</b>

El 68,6% de los pacientes (n=517) aseguraban no reconocer un contacto previo con pacientes enfermos o sospechosos mientras que un 10,9% (n=82) si reconoció un contacto previo y un 20,4% (n=154) no contestaron o no lo sabían.

Los test diagnósticos como PCR COVID-19 y Anticuerpos (Elisa) están disponibles en nuestro Centro de Salud desde 15 junio 2020, una vez finalizada la recogida de datos para este estudio; desde el 15 de marzo al 29 de mayo 2020 no ha estado disponible para Atención Primaria ningún test diagnóstico. No obstante 45 pacientes (5,9%) se realizaron PCR COVID-19 en clínicas privadas siendo solo positiva en 3 casos.

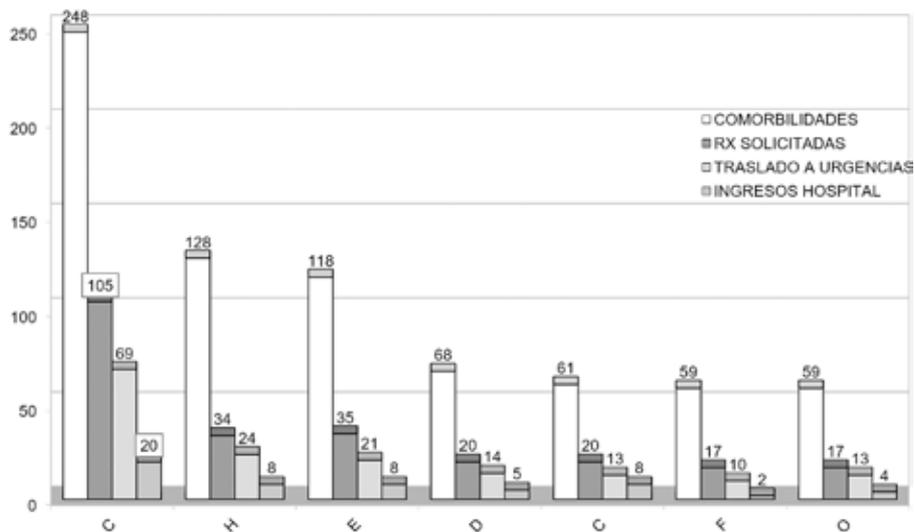
Una tercera parte de los consultados (n=248. 32,9%) presentaban comorbilidades. Hipertensión arterial (n=128. 17%), EPOC/ASMA (n=118. 15,7%), Diabetes (n=68. 9%), Cardiopatía (n=61. 8,1%), Fumador (n=89, 11,8%) y Obesidad (n=59. 7,8%). Aunque sabemos que el fumador y la obesidad están infradiagnosticados en nuestra historia clínica de Atención Primaria. Muchos pacientes presentaban más de una comorbilidad. En la Figura 4 indicamos las comorbilidades y su relación con la realización de Rx, derivación a urgencias e ingreso hospitalario. Indicar que de los 11 fallecidos en el periodo de estudio, 9 presentaban comorbilidades.

Lo que se contempló como criterios de gravedad fue la frecuencia cardíaca, temperatura mayor de 39°C, piel fría, dolor pleurítico o dolor precordial, vómitos o diarrea incoercible, lo que nos indicaba la necesidad de petición de pruebas complementarias (Rx tórax sobre todo) o evaluación presencial del paciente bien en su domicilio por parte de nuestros compañeros del servicio de urgencias con el que cuenta nuestro centro de salud o bien en el circuito aislado de pacientes con patología sospechosa de COVID-19 del Centro de Salud. En ambos casos compañeros con suficiente material de protección exploraban al paciente y actuaban en consecuencia o bien trasladando al paciente a urgencias del hospital de referencia o bien derivándolo a su médico de cabecera para continuar el seguimiento.

En el periodo de estudio nuestros compañeros del servicio de urgencias atendieron una media de 60,5 pacientes diarios en el centro de salud y de 11 pacientes diarios en sus domicilios. Aunque no consta la patología por la que se atiende. No todos los pacientes que acudieron a urgencias eran por patología derivada de covid. Describir la patología por la que acuden a urgencias se escapa del propósito de nuestro trabajo.

Se realizaron un número de peticiones a Rx tórax (n=105, 13,9%), las derivaciones a urgencias

Figura 4. Comorbilidades y su relación con realización de Rx, derivación a urgencias e ingreso hospital



(n=69, 9,1%), los ingresos hospitalarios (n=20, 2,7%) y la mortalidad total (n=11, 1,46%).

El tratamiento prescrito por el hospital o por Atención Primaria, así como los fármacos utilizados fue sintomático sobre todo (88,1%) seguido de antibióticos (31,1%) y corticoides (10,4%).

## DISCUSIÓN

Nuestro trabajo se enmarca en la llamada "primera ola" que en Atención Primaria ha supuesto un condicionante importante en el desempeño de nuestro trabajo. El desconocimiento sobre la patología, diagnóstico, tratamiento y seguimiento fue patente y se caracterizó principalmente por control telefónico de pacientes sintomáticos debido a la falta de test diagnósticos. Se les indicó y se les facilitó medidas de aislamiento domiciliario. Los síntomas correspondían a cuadros respiratorios que en su mayoría evolucionaron de forma benigna.

Cuando durante el seguimiento telefónico del paciente se apreciaba mala evolución, para su valoración objetiva en un principio se planteó el uso del test de Roth (contar en voz alta desde 1 en adelante hasta 30 y ver hasta qué número había llegado) y/o el test de frecuencia respiratoria que nos indicaba el número de respiraciones por minuto. Aunque después de consultar la bibliografía se descartó pues el test de Roth no es lo suficientemente sensible para identificar una enfermedad grave y puede ser falsamente tranquilizadora (10) *así que* no se usó como aproximación a la gravedad del paciente.

Atención Primaria en esta pandemia COVID-19 ha llevado a cabo una estrategia muy centrada en contener a los pacientes en sus domicilios para evitar el colapso de las urgencias hospitalarias. Aunque en algunas comunidades se procedió al cierre de muchos centros de salud para la concentración de la actividad sanitaria en centros de salud estratégicos o en hospitales, en Andalucía los centros de salud se mantuvieron abiertos totalmente. En cada centro de salud se definió un doble circuito bien señalado (Covid / No Covid-19), se realizaba un precibaje a cada persona que accedía; uso de gel, mascarilla e identificación de síntomas con una encuesta

administrativa previa, para luego seguir por uno de los dos circuitos establecidos. (11)

Además, también desde el 13 de marzo de 2020, seguimos atendiendo patologías agudas y crónicas de nuestros pacientes, no derivadas de la Covid-19.

En la patología Covid-19 la accesibilidad telefónica a nuestros pacientes ha permitido unas indicaciones de aislamiento y un seguimiento adecuado, detectando complicaciones que permitieron derivar a los pacientes para realizar pruebas diagnósticas o confirmar diagnóstico de sospecha sin que aumentase el riesgo de contagio entre los ciudadanos y al profesional sanitario.

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria presentó un documento (12) para ayudar a los facultativos a poner en práctica la valoración clínica orientada al triaje del paciente. Se establecían unos criterios que los facultativos debían seguir, así como criterios de derivación hospitalaria de pacientes valorados clínicamente en centro de salud o domicilio o por triaje telefónico.

Comparado con un estudio similar realizado en la región de Castilla la Mancha (13) con 274 pacientes en 16 días de seguimiento encontramos en nuestro trabajo 65,3 llamadas día frente a 49,3 de su estudio. Nuestras derivaciones a servicios de urgencias fueron un 9,1% mientras que en su estudio fue de 7,3%.

La variabilidad de actuación entre médicos a la hora de encarar el seguimiento telefónico de los pacientes podría encuadrarse en la incertidumbre existente durante este periodo estudiado, prácticamente inicial de la pandemia en España (14), los cambios de criterios y recomendaciones desde el Ministerio de Sanidad, a veces con días de diferencia (15,16) y la ausencia de la accesibilidad a los test diagnósticos por parte de la Atención Primaria impidiendo el refuerzo objetivo a unas recomendaciones basadas en la intuición del médico y los síntomas clínicos reportados telefónicamente por el paciente.

La primera llamada telefónica se realizó entre el cuarto y quinto día de inicio de los síntomas tanto en pediatría como en adultos; aun cuando la demora telefónica por patología COVID-19

permitía que entre 24 y 48 horas se tuviera acceso vía telefónica con su médico de familia. Da la impresión que los pacientes esperan 2 o 3 días a que los síntomas sean persistentes antes de llamar a su médico.

Como la patología predominante era respiratoria, a poca más de 1 de cada 10 pacientes valorados (13,7%) se le pide prueba radiológica que descartara o confirmara la neumonía bilateral en parches típica de esta patología. A muy pocos pacientes (9,1%) se les derivó a urgencias de nuestro centro de salud o a urgencias hospitalarias. Fuera del triaje, un 15% de nuestros pacientes acudieron de motu propio a los servicios de urgencias tanto de Atención Primaria como Urgencias Hospitalarias.

En diciembre 2020 el estudio ComCor (17), un estudio epidemiológico del Instituto Pasteur francés pendiente de publicación, identifica que los contagios tiene lugar en el círculo familiar (33,1%) y en su entorno profesional (28,8%) y que el 44% de las personas infectadas conocía a la persona de origen que los infectó y la mayoría eran conscientes de sus comportamientos de riesgo (no usar máscara o distanciamiento físico no observado, etc.), mientras que el 21% sospechaba un evento en particular sin conocer a la persona que era la fuente de la infección, y que el 35% no sabía cómo se había infectado. En nuestro estudio, casi 7 de cada 10 contactados (68,6%) aseguraban desconocer la fuente del contagio y sólo 1 de cada 11 (10,9%) sí conocía la fuente de contagio.

El tratamiento prescrito fue sintomático (88.1%), usándose paracetamol y antitusivos sobre todo, pues en las fechas de nuestro estudio el ibuprofeno estaba contraindicado aunque no formalmente; incluso la OMS no lo recomendaba aunque comentaba no tener efecto negativo (18).

Con objeto de ampliar la muestra y que esta representara a todos los médicos de la plantilla se optó por un muestreo consecutivo poniendo fecha inicial y final en un marco temporal que permitiera suficiente casuística para cada médico. Asumimos el sesgo que esto implica, aunque el más frecuente en este tipo de muestreo es la no respuesta de los participantes o la falta de interés a contestar las preguntas, cosa que no se dio en nuestro estudio.

## CONCLUSIONES

La asistencia telefónica nos ha permitido estar siempre cerca de los pacientes con COVID o con sospecha de su contagio.

El acceso telefónico a todos los pacientes originó, y sigue originando en la actualidad, multitud de llamadas no relacionadas con patologías preexistentes o relacionadas con la COVID-19. Crisis hipertensivas en pacientes no hipertensos previamente; cuadros de ansiedad, depresión e insomnio en relación a la incertidumbre que provoca esta pandemia; jóvenes que siempre han sido reacios a acudir a su médico, ahora consultan con frecuencia los síntomas que van apareciendo. Esta casuística de "patología nueva" es objeto de otro estudio en marcha.

Los Centros de Salud no cerraron nunca, sólo que se trabajó desde los teléfonos a pacientes COVID-19 y al resto de pacientes agudos o crónicos que lo solicitaron, de acuerdo a las normas establecidas por las autoridades sanitarias para impedir que los Centros de Salud se transformaran en lugares de contagio y proteger así a los más vulnerables.

El coronavirus abrió las puertas a un incremento del trabajo a distancia vía telefónica como solución de urgencias. Aunque muchos pensamos que el contacto telefónico con los pacientes ha llegado para quedarse; se aprecia una mejora en la accesibilidad y permite el seguimiento de ciertos pacientes y puede resolver problemas burocráticos tan numerosos en nuestro trabajo, aunque queda por resolver problemas de agendas y el reto de gestionar pacientes complejos. Las consultas presenciales seguirán siendo el núcleo de nuestro trabajo.

*Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses. No ha existido financiación para este manuscrito.*

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. (21 January 2020). Novel Coronavirus (1019-nCoV) situation Report-1. URL:[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4)

2. World Health Organization. (5 January 2020). Preparación y respuesta ante emergencias. Neumonías de causa desconocida. China. URL: <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/es/>
3. Servicio de prensa de la página web de La Moncloa. URL: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Paginas/2020/310120-coronavirus-gomera.aspx>
4. Real Decreto 463/2020 de 14 de marzo por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. URL: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/14/pdfs/BOE-A-2020-3692.pdf>
5. Bágena MJ. La pandemia de COVID-19 a la luz de la historia de la medicina. Revista online Investigación y Ciencia. URL: <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/investigacion-y-ciencia/el-mundo-ante-la-pandemia-800/la-pandemia-de-COVID-19-a-la-luz-de-la-historia-de-la-medicina-18665>
6. Ministerio de Sanidad (2020). Documento de preparación y respuesta al brote. URL: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos.htm>
7. Ministerio de Sanidad (2020). Documento técnico. Manejo en atención primaria y domiciliaria del Covid-19. Versión 18 junio 2020. URL: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo\\_primaria.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_primaria.pdf)
8. Ministerio de Sanidad (2020). Documento técnico. Manejo pediátrico en atención primaria del Covid-19. Versión del 18 noviembre 2020. URL: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo\\_pediatria\\_ap.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_pediatria_ap.pdf)
9. Orden de 19 junio 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus (COVID-19), una vez superado el estado de alarma. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. 2020;39:23-74. URL: <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2020/539/5>
10. Greenhalgh T, Kotze K, Van-Der-Westhuizen HM. Are there any evidence-based ways of assessing dyspnoea (breathlessness) by telephone or video; 2020. URL: <https://www.cebm.net/covid-19/are-there-any-evidence-based-ways-of-assessing-dyspnoea-breathlessness-by-telephone-or-video/>
11. Fundación Signo. Aprendiendo de Covid-19: La visión de los directivos sanitarios. URL: <https://www.fundacionsigno.com/noticia/aprendiendo-de-covid-19-la-vision-de-los-directivos-sanitarios/20200618192403>
12. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Documento técnico. Criterios de atención clínica y derivación hospitalaria de pacientes diagnosticados como casos probables de infección por SARS-Cov-2. 2020. URL: <https://www.semfy.es/formacion-y-recursos/criterios-atencion-clinica-pacientes-covid19/>
13. Ibáñez Barceló S, Alcaraz Clemente L, Del Valle Cebrián F. Experiencia en tiempos de pandemia. Estudiantes y graduados en medicina frente a la COVID-19. Revista Española de Educación Médica. Vol. 1 Núm. 2 (2020). URL: <https://revistas.um.es/edumed/article/view/428851>
14. Koffman J, Gross J, Etkind SN, Selman L. Uncertainty and COVID-19: how are we to respond? Journal of the Royal Society of Medicine; 2020, Vol. 113(6);211–216. URL: <https://doi.org/10.1177/0141076820930665>
15. Ministerio de Sanidad (2020). Documento técnico. Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) Actualizado a 11 abril 2020. URL: [http://www.aeemt.com/web/wp-content/uploads/2020/04/Procedimiento\\_COVID\\_19-11042020.pdf](http://www.aeemt.com/web/wp-content/uploads/2020/04/Procedimiento_COVID_19-11042020.pdf)
16. Ministerio de Sanidad (2020). Documento técnico. Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) Actualizado a 16 julio 2020. URL: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos.htm>
17. Fontanet A, Levy Bruhl D. Etude ComCor. (En prensa). URL: <https://francais.medscape.com/voirarticle/3606707>
18. La OMS actualiza: no recomienda el uso del ibuprofeno para tratar el Covid-19. Revista Infosalus (2020). URL: <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-oms-actualiza-no-recomienda-uso-ibuprofeno-tratar-covid-19-20200319144018.html>