

El equipo de evaluación integral de casos de COVID-19 en la atención al ingreso domiciliar

The COVID-19 Comprehensive Case Assessment Team in Home Admission Care

Rebeca Gómez Miranda¹ <https://orcid.org/0000-0002-1912-6207>

Abel González Pérez¹ <https://orcid.org/0000-0002-8582-4660>

Llunisis Gómez Miranda^{2*} <https://orcid.org/0000-0001-5850-3442>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de 10 de Octubre, Policlínico Raúl Gómez García, Departamento de Rehabilitación Integral. La Habana, Cuba.

²Escuela Nacional de Salud Pública, Departamento de Higiene y Epidemiología. La Habana, Cuba.

*Autor de correspondencia: llunisis.gomez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: En el año 2021, como estrategia de apoyo al trabajo del médico y la enfermera de la familia se crearon los equipos de evaluación integral para la atención a pacientes con COVID-19 en ingreso domiciliar.

Objetivo: Describir los resultados del trabajo del equipo de evaluación integral en el área de salud del Policlínico Raúl Gómez García, en el período agosto-octubre de 2021.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal de las variables individuales y clínicas de los casos analizados y del trabajo del equipo de evaluación integral, creado en el Policlínico Raúl Gómez García. El universo estuvo comprendido por los 174 pacientes atendidos, durante el período agosto-octubre de 2021, por este equipo de

trabajo.

Resultados: Hubo predominio del sexo femenino en los casos evaluados. Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial (36,2 %), la obesidad (33,3 %) y la cardiopatía isquémica (30 %), mientras que el diagnóstico más observado fue la neumopatía inflamatoria (49 %). El 87,2 % de los pacientes tuvo saturación de oxígeno por encima de 95 y frecuencia respiratoria entre 21 y 24 respiraciones por minuto; y la valoración clínica, permitió el tratamiento y seguimiento en la comunidad.

Conclusiones: El equipo de evaluación integral demostró ser una alternativa de apoyo a la atención primaria de salud en situaciones epidémicas que rebasan la capacidad de respuesta del equipo básico de salud y requieren la disponibilidad de camas hospitalarias para otros casos. Desde la comunidad se brindó atención, tratamiento y seguimiento a los pacientes identificados como positivos a la COVID-19, evitando que evolucionaran hacia la gravedad o la muerte, sin necesidad de remitirlos al nivel hospitalario. Esta iniciativa, por sus resultados, debe quedar en la lista de alternativas de acción aprendidas a utilizar en eventos similares.

Palabras clave: COVID-19; ingreso domiciliario; equipo de evaluación integral

ABSTRACT

Introduction: In 2021, as a strategy to support the work of the community physician and nurse, the multidisciplinary medical teams for the care of patients with COVID-19 in home admission were created.

Objective: To describe the results of the work of the multidisciplinary medical team in the health area of the Raúl Gómez García Polyclinic, in the period August-October 2021.

Methods: A cross-sectional descriptive study of the individual and clinical variables of the cases analyzed and of the work of the multidisciplinary medical team, created at the Raúl Gómez García Polyclinic, was carried out. The universe was comprised by the 174 patients attended, during the period August-October 2021, by this work team.

Results: There was a predominance of female gender in the cases evaluated. The most frequent comorbidities were arterial hypertension (36.2 %), obesity (33.3 %) and

ischemic heart disease (30 %), while the most frequently observed diagnosis was inflammatory pneumopathy (49 %). The 87.2 % of patients had oxygen saturation above 95 and respiratory frequency between 21 and 24 breaths per minute; and the clinical assessment, allowed treatment and follow-up in the community.

Conclusions: The multidisciplinary medical team proved to be an alternative to support primary health care in epidemic situations that exceed the response capacity of the basic health team and require the availability of hospital beds for other cases. The community provided care, treatment and follow-up to patients identified as positive for COVID-19, preventing them from progressing to seriousness or death, without the need to refer them to the hospital level. This initiative, due to its results, should remain on the list of action alternatives learned to be used in similar events.

Keywords: COVID-19; home admission; multidisciplinary medical team.

Recibido: 22/02/2023

Aprobado: 08/03/2023

Introducción

La *enfermedad por coronavirus* (COVID-19) es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2; dada su capacidad de transmisión "humano a humano" la Organización Mundial de la Salud lo identificó como una emergencia de salud pública de preocupación internacional el 31 de enero de 2020. Hasta el 3 de febrero del 2022, se acumularon 383 millones 509 779 casos y 5 millones 693 824 muertes a nivel mundial.^(1,2,3)

A pesar de que a fines del 2020 las cifras de casos positivos y de fallecidos revelaron un posible control de la enfermedad; en Cuba, a partir del mes de febrero de 2021, sucedió un incremento en el número de casos positivos, lo que unido a la confirmación en

laboratorio de la presencia de una nueva cepa del virus, la Delta, altamente contagiosa y potencialmente más letal, se puso a prueba toda la dinámica del sistema de salud.⁽¹⁾

Según refirió el ministro de salud pública, la situación epidemiológica ocasionada por la COVID-19, tensó los servicios sanitarios de una manera nunca antes imaginada: en el año 2021 se diagnosticaron 954 mil 417 pacientes positivos al virus, cuyo mayor incremento tuvo lugar después del primer trimestre del año.⁽⁴⁾

A pesar de la creación de muchos más espacios de atención, el incremento exponencial de los casos, la rápida evolución de muchos de ellos a la gravedad y en consecuencia, un mayor número de fallecidos, puso en jaque la disponibilidad de recursos humanos y materiales.

Ante esta realidad, en la actualización del plan de enfrentamiento se aplicó la clasificación, según riesgo y sintomatología, para valorar el ingreso domiciliario de un gran número de pacientes, casos de bajo riesgo (paciente asintomático y sintomático leve, sin comorbilidades o con comorbilidades compensadas) para garantizar la disponibilidad de camas en cuadros moderados, graves o críticos en instituciones hospitalarias.

Teniendo en cuenta la anterior clasificación en la actualización del protocolo, un mayor número de pacientes fue ingresado en su domicilio mediante la acción conjunta del médico y la enfermera de la familia, que, con el apoyo de los factores de la comunidad, dieron seguimiento al aislamiento, las medidas higiénico-dietéticas, la atención médica y la evolución diaria.

En el año 2021, como estrategia de apoyo al trabajo del médico y la enfermera de la familia, y para garantizar una mejor y más integral atención a los pacientes con COVID-19 ingresados en sus domicilios, se crearon los equipos de evaluación integral conformados por especialistas en diferentes áreas de la salud. Su objetivo fue abordar profesional e integralmente todos los posibles síntomas y complicaciones que se pudieran presentar en los casos, así como realizar las remisiones necesarias a los centros de salud cuando no fuera seguro mantener al paciente en la comunidad.

El estudio tuvo como objetivo describir los resultados del trabajo del equipo de

evaluación integral en el área de salud del Policlínico Raúl Gómez García, en el período agosto-octubre de 2021.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal de las variables individuales y clínicas de los casos analizados y del trabajo del equipo de evaluación integral, creado en el Policlínico Raúl Gómez García. El universo estuvo comprendido por los 174 pacientes atendidos, durante el período agosto-octubre de 2021, por este equipo de trabajo.

Para dar salida al objetivo se utilizaron las variables siguientes:

- Sexo. Masculino (M) y femenino (F).
- Edad. Edad en años cumplidos, se agruparán de la manera siguiente:
 - 19-39 años
 - 40-59 años
 - 60 años y más
- Comorbilidades en los casos evaluados (enfermedades crónicas padecidas por los pacientes evaluados).
- Diagnóstico. Se consideró el reportado en la hoja de cargo por la comisión de evaluación, tras la anamnesis y examen físico.
- Estados de saturación y frecuencias respiratorias en neumopatías. En la neumopatía inflamatoria se especificó su nivel de saturación de oxígeno y la frecuencia respiratoria (respiraciones por minuto) indicadores determinantes para la conducta a seguir. La saturación de oxígeno se midió por un oxímetro de pulso, un dispositivo no invasivo que calcula la cantidad de oxígeno en sangre; una lectura normal usualmente se encuentra entre el 95 y el 100 %.

– Conducta a seguir.

- Tratamiento con prescripción médica e higiénico-dietética y seguimiento por el equipo de evaluación. Se refiere a los pacientes que se les prescribió algún nuevo tratamiento o requirieron un cambio de tratamiento de antibióticos, y cuya evolución fue seguida en el hogar por el médico de la familia y el equipo de evaluación.
- Remisión hospitalaria. Pacientes a los cuales fue necesario la activación, por vía telefónica, del protocolo para traslado en transporte sanitario a centros hospitalarios preparados para la atención a los pacientes que, tras la evaluación, evidenciaron un curso evolutivo hacia la gravedad y requirieron intervenciones intrahospitalarias.

Procesamiento

Se utilizaron los registros de la hoja de cargo de la comisión integral de evaluación archivados en el departamento de estadística del policlínico. Se utilizaron, además, los resúmenes de las fichas médicas con sus respectivas prescripciones, constancia de los medicamentos entregados, archivadas en la farmacia interna del policlínico-hospital. Se revisaron las hojas de cargo del equipo de evaluación y se extrajeron los datos necesarios, según variables a usar en el estudio, contabilizados por el método de palotes.

Para el procesamiento, se realizaron tablas de vaciamiento para organizar la información. Los datos fueron procesados utilizando los procesadores de datos Excel y SPSS. Se utilizaron y se confeccionaron tablas y gráficos, en las cuales quedó resumida la información.

Aspectos éticos

Se solicitó, previamente, consentimiento de los pacientes, dirección del hospital y

departamento de estadística. Se les informó sobre el propósito del estudio, los procedimientos que se realizarían, los beneficios de la investigación y el anonimato en el uso de los datos.

Resultados

El equipo de evaluación integral del policlínico Raúl Gómez García estuvo conformado por un especialista en medicina interna (más de 20 años de experiencia en el trabajo comunitario); una especialista en medicina general integral (5 años de experiencia profesional); un especialista en medicina física y rehabilitación (16 años de experiencia profesional); y un especialista en medicina general integral, con experiencia en el manejo de urgencias (más de 20 años de experiencia en el trabajo comunitario dentro y fuera de Cuba).

En casos necesarios estuvieron, al servicio de estos pacientes, un licenciado en psicología, una pediatra y un obstetra del policlínico.

Se contó con un transporte disponible de lunes a domingo, con un conductor que mantuvo las medidas higiénicas sanitarias para tiempo de COVID-19, protegiéndose a sí mismo y al equipo de evaluación, utilizando solución alcohólica e hipoclorito para la desinfección de manos y superficies. El equipo contó con los siguientes medios de protección: sobretapas, guantes, mascarillas, caretas faciales y gorros.

Para el examen físico se contó con estetoscopios, esfigmomanómetro, termómetro infrarrojo marca LOYE y oxímetro de pulso

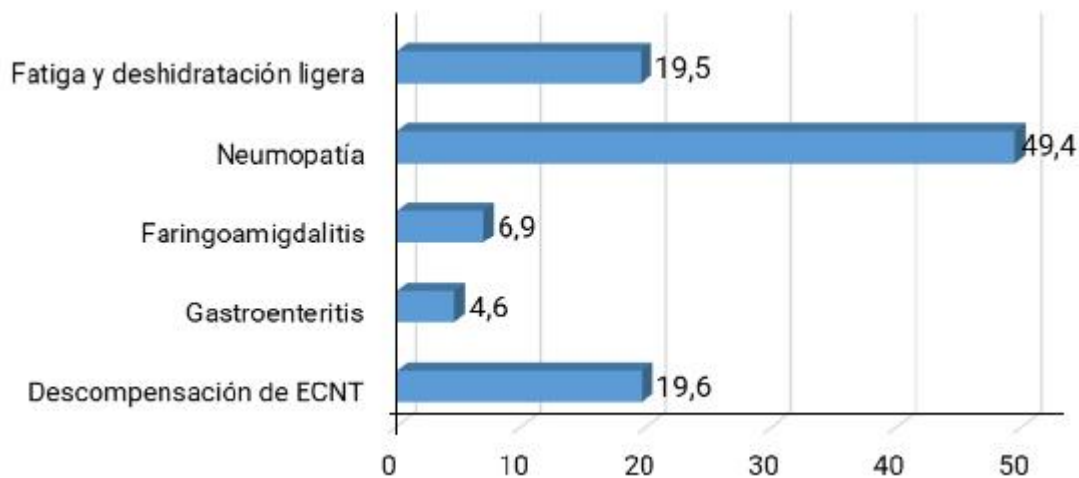
Como medios de ayuda al paciente se contó con set de medicamentos (antibióticos, antipiréticos, hipoglucemiantes orales, anticoagulantes y tres test de antígeno).

La solicitud de la evaluación del paciente, por nuestro equipo de evaluación, se realizó por el médico de familia a través de una llamada a la vicedirección de asistencia médica, ante un cambio en el estado clínico del paciente que suponía un empeoramiento del mismo.

Fueron evaluados, 174 pacientes en el período de estudio, con un predominio del sexo femenino con 115 pacientes para un 66 % con relación al sexo masculino. Los casos se encontraban con predominio en el grupo etario de 40 a 59 años con un 53 % del total (92), seguido de los de 60 años y más con el 34 % (59) y en menos frecuencia los de 19 a 39 años, con el 13 % (23).

Los casos se clasificaron de leves al momento de su diagnóstico, a pesar de padecer comorbilidades que incrementaban el riesgo a cuadros más graves de la enfermedad, siendo las más frecuentes la hipertensión arterial (HTA) (63), la obesidad (58) y la cardiopatía isquémica (52) con el 36,2, el 33,3 y el 30 % respectivamente del total de los casos. Con menos frecuencia se presentaron la diabetes *mellitus* (14), el cáncer (6) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (4), con el 8, el 3,4 y el 2,2 %, respectivamente.

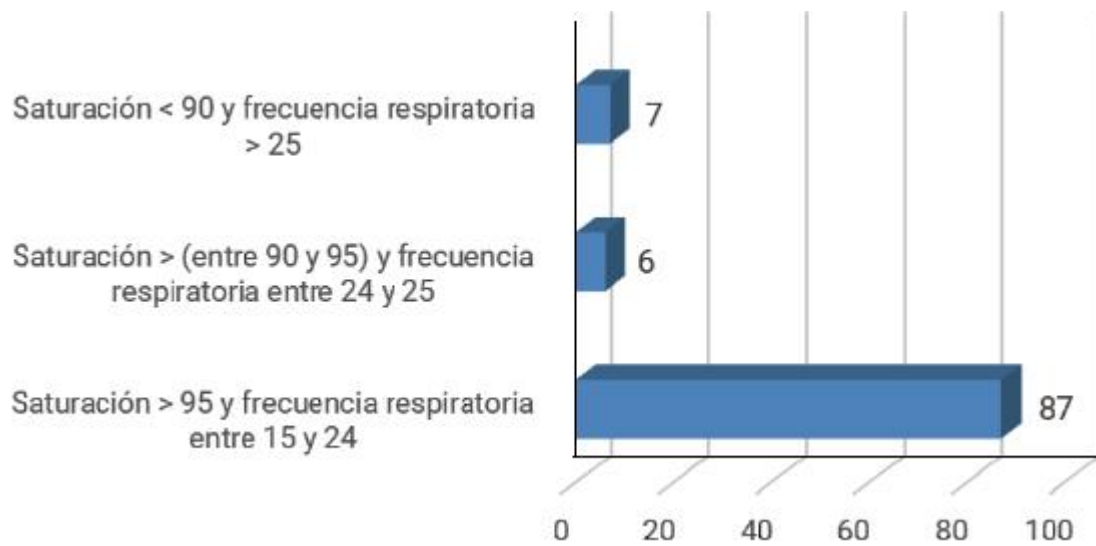
A partir de la evaluación de los casos, se definieron los diagnósticos, siendo el más frecuente la neumopatía inflamatoria en el 49 % de los casos (86), seguido de la descompensación de las enfermedades crónicas y fatiga, y deshidratación ligera en 34 casos (fig. 1).



Fuente: Historias clínicas.

Fig. 1 - Porcentaje de diagnósticos de casos de COVID-19 vistos por equipo de evaluación integral del Policlínico Raúl Gómez García (agosto-octubre 2021)

En los casos con neumopatía inflamatoria, de los 86 casos, 75 (87,2 %) de los pacientes tuvieron saturación de oxígeno por encima del 95 % y frecuencia respiratoria entre 21 y 24 respiraciones por minuto; parámetros que permitieron su tratamiento y seguimiento en la comunidad (fig. 2).



Fuente: Historias clínicas.

Fig. 2 - Porcentaje de estados de saturación y frecuencia respiratoria de casos con neumopatía por la COVID-19. Policlínico Raúl Gómez García (agosto-octubre 2021)

La conducta ante los casos evaluados se observa en la fig. 4, la cual muestra que la mayoría de los enfermos (90 % de los casos, 156 pacientes) requirieron tratamiento por prescripción médica y seguimiento por su médico de familia. Se incluyó en la atención la entrega gratuita de tratamiento médico (antibióticos y antipiréticos) a los 20 pacientes de la comunidad que lo necesitaban; solo un 10 % de los pacientes requirió remisión hospitalaria.

Discusión

Acercar la atención médica a la población de cualquier lugar del país, ha sido, durante años, una política de estado en Cuba. Así, la estructura de la atención primaria de salud (APS) tiene como recurso más valioso el ser humano.

La preexistencia de esta estructura, cuando fuimos asediados por una pandemia sin precedentes en la historia de nuestro país, nos colocó en un escenario de actuación mucho más favorable que el de otros países del mundo, incluso con un mayor nivel de desarrollo. La accesibilidad de la atención primaria fue la primera cualidad que resultó damnificada por la COVID-19, según *Satué* y otros.⁽⁵⁾

La transmisión y la extensión de la infección por SARS-CoV-2 eran las propias de una enfermedad comunitaria, sin embargo, las primeras medidas que se adoptaron se centraron en los servicios de emergencias de la atención extrahospitalaria y en el nivel hospitalario, a pesar de que una inmensa mayoría de las personas infectadas no precisaban acudir al hospital, solo una décima parte de los infectados detectados precisaron atención hospitalaria. No se concedió a la atención primaria la importancia y el papel más relevante que debía haber tenido en aquel momento. Esta decisión, en la gestión inicial de la pandemia desvió recursos humanos y materiales al hospital, produciéndose el cierre de centros de salud y de consultorios en algunas comunidades autónomas, situación que dos años después no se había revertido en algunos casos.^(5,6,7,8)

La creación del equipo de evaluación para apoyar el seguimiento de los pacientes ingresados en el hogar por COVID-19, fue una estrategia eficaz, que impactó favorablemente sobre los gastos de salud, con ahorros significativos en concepto de transporte, costo de ingreso hospitalario y los servicios que esto lleva implícito, sin sacrificar en ningún momento la calidad y prontitud de la atención y seguimiento a estos pacientes. Además, dos de los especialistas que integraron el equipo de evaluación, también impartieron la consulta pos-COVID-19, lo cual garantizó el seguimiento de los pacientes más allá del alta clínico-epidemiológica.

A diferencia de otros contextos, en los que se implementó la telemedicina desde la atención primaria como una alternativa para la atención del paciente a este nivel,

conservando el distanciamiento social, y como respuesta a la falta de recursos como los de protección individual; en Cuba continuó la atención de los casos leves por el médico de la familia y, en la etapa de elevada incidencia, el policlínico, institución insigne de la APS, habilitó un número telefónico para que los médicos del consultorio pudiesen solicitar la valoración por el equipo de evaluación a aquellos pacientes en ingreso domiciliario que tenían cambios en su curso evolutivo hacia un empeoramiento de la sintomatología o un estancamiento del mismo, de modo que se tratara a tiempo cualquier complicación. Para ello se garantizaron el transporte, los medios de protección individual, de diagnóstico y tratamientos básicos para realizar la labor de este equipo.^(9,10)

En otros contextos como Perú, por resolución ministerial de abril del 2020, se realizaron esfuerzos para el fortalecimiento del primer nivel de atención (PNA) y entre otras medidas se estableció el monitoreo domiciliario (centro de salud en casa) a cargo de los equipos multidisciplinarios del PNA para casos leves y para cuidado poshospitalario.⁽¹³⁾

En países como Taiwán se desplegó una red de atención primaria cercana a la comunidad, con clínicas preparadas y estaciones de detección comunitarias para tratar a pacientes con síntomas leves, para que los hospitales pudieran enfocarse en los casos graves.^(11,12,13,14,15)

En España se realizaron cambios organizativos en la atención primaria con doble circuito asistencial, espacios diferenciados para separar la atención a pacientes con síntomas compatibles con COVID-19 de la del resto, junto con la reducción de la actividad presencial para evitar contagios, principal desencadenante de los cambios organizativos.^(16,17)

El equipo de evaluación integral del policlínico Raúl Gómez García, en el periodo de estudio, evaluó a 174 pacientes, que, de no existir el equipo de evaluación, hubiesen tenido que ser remitidos y transportados al hospital con el consecuente gasto y molestias para pacientes y familiares. La tendencia mayoritaria del sexo femenino coincidió con las características demográficas de la comunidad atendida, coincidiendo,

además, con las estadísticas de epidemiología de esta área de salud, que informó un mayor número de mujeres positivas a la COVID-19 que hombres. Sin embargo, desde el punto de vista etario, el centro reportó un predominio de pacientes positivos mayores de 60 años de edad, pero el mayor número de pacientes evaluados tenían entre 40 y 59 años.

En los casos evaluados, se tuvo en cuenta como indicador de riesgo, la presencia de enfermedades crónicas y el grado de su compensación en el momento de la evaluación, los síntomas por descompensación de las enfermedades crónicas no transmisibles fueron, en algunos casos, el motivo de la solicitud para evaluación. La hipertensión arterial, la obesidad y la cardiopatía isquémica se presentaron con mayor frecuencia, coincidiendo con su alta incidencia en la población cubana en general.

Se diagnosticaron 86 pacientes con neumopatías inflamatorias (neumonías, bronconeumonías, en algunos casos bilateral severa) en el curso de la COVID-19, en la comunidad de estudio durante los tres meses designados para esta investigación. El diagnóstico fue básicamente clínico (temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, auscultación, llene capilar, medición de la saturación de oxígeno, entrevista y observación del paciente).

La medición de la saturación de oxígeno no había sido, hasta el momento, una práctica habitual en la comunidad, reservándose para los cuerpos de urgencias, las salas de observaciones y las salas de terapia intensiva e intermedia. Muchos médicos no lo verifican a menos que el paciente muestre dificultad para respirar o dolor de pecho. Es útil conocer que si el nivel de oxígeno en la sangre se midió con un oxímetro de pulso (SpO₂), una lectura normal usualmente se encuentra entre el 95 y el 100 %; esta prueba tiene un margen de error del 2 %, significa que la lectura puede ser mayor o menor que esta cifra en cuanto al nivel de oxígeno real en sangre. En la literatura se recoge que el oxímetro de pulso es un equipamiento de fácil uso, que permite una monitorización no invasiva, posibilitando evaluar el nivel de oxígeno en la sangre arterial, lo que permite detectar hipoxemia relacionada a eventos respiratorios, aunque su resultado debe ser correlacionado con el cuadro clínico.⁽¹⁸⁾

Sin embargo, en EPOC u otras enfermedades pulmonares, posiblemente no apliquen estos rangos. Por ejemplo, no es raro que las personas con EPOC y miocardiopatías severas mantengan sus niveles de oxímetro de pulso (SpO₂) entre el 88 y el 92 %.

La posibilidad de obtener una lectura rápida del nivel de saturación, unido al resto del examen físico, permitió al equipo de evaluación diagnosticar a tiempo y seguir evolutivamente el mayor número de las neumopatías inflamatorias en la comunidad. Resultó relevante, para la investigación, observar datos de pacientes que no referían disnea, pero tenían una saturación de oxígeno por debajo del 90 % y presencia de estertores crepitantes en ambos campos pulmonares, estaban gravemente enfermos y apenas lo percibían; uno de estos pacientes falleció en el hospital a pocos días de su ingreso en terapia. Es por esto que si durante la evolución de los pacientes, la saturación de oxígeno descendía, sobre todo por debajo del 93 %, se consideraba motivo de remisión hospitalaria, de ahí la importancia del uso de la oximetría a nivel de la atención primaria en estas situaciones. En otros contextos, este diagnóstico fue difícil de obtener, ya que las consultas se hacían a distancia y las herramientas disponibles para la evaluación de la disnea, mediante dispositivos a distancia, no fueron evaluadas en el ámbito de la atención ambulatoria; y se recomendó usar la experiencia clínica para la toma de decisiones en el contexto de dichas consultas.

También hacen una advertencia, con una mirada de prevención cuaternaria sobre los posibles riesgos de usar tecnologías no evaluadas previamente en el ámbito en cuestión, *Greenhalgh* y otros,⁽¹⁹⁾ quienes elaboraron una encuesta, en marzo del 2020, para evaluar a distancia la disnea y el compromiso respiratorio.

Otros diagnósticos, como un cuadro general caracterizado por fatiga y deshidratación ligera y marcado malestar general, gastroenteritis aguda y faringoamigdalitis aguda, fueron emitidos por el equipo de evaluación en un número menor de pacientes.

Cada diagnóstico fue acompañado de una o varias orientaciones médicas. El tratamiento médico en el hogar incluía medidas higiénico-dietéticas y medio-ambientales; también la especialista en fisioterapia orientó cambios posturales y mantener la máxima movilidad e independencia posible en un entorno de aislamiento. Además, se

dieron orientaciones sobre el uso del músculo diafragma y los abdominales en cada respiración, para lograr la máxima oxigenación de las bases pulmonares. Se indicaron tratamientos antibióticos simples o combinados, tratamiento con analgésicos y antipiréticos, si era necesario. La indicación de aspirina a bajas dosis y la prednisona, en un número menor de casos, estuvo incluida en el tratamiento.

El 90 % de los pacientes evaluados fueron diagnosticados y tratados en sus hogares, sin mostrar complicaciones y bajo evaluación diaria del médico de familia y su enfermera, y dos veces a la semana o más por el equipo de evaluación, según se requiriera. Esta estadística es sin duda un logro de la atención primaria de salud y revela una estrategia eficaz en el enfrentamiento de futuras epidemias, ponderada además por el ahorro que significó y significa en gastos de salud.

En el contexto cubano, como se esperaba, jugó un papel integrador la atención primaria y fue aceptado el uso de los equipos de evaluación integral en periodos de elevada incidencia. Esto se encuentra en consonancia con colaboradores que plantean que en casi todos los países se subestimó la capacidad de los servicios de atención primaria en el territorio y que es necesario repensar los sistemas de salud y la importancia de la atención primaria de salud integrada e integral para futuras situaciones.⁽¹⁹⁾

La vacunación masiva de la población del país con vacunas desarrolladas en Cuba, hizo que el transcurso de la enfermedad no evolucionara a la gravedad ni a la muerte, por lo que fue significativa la disminución paulatina del número de pacientes que solicitaban la intervención del equipo de evaluación integral del área de salud.

Se concluye que el equipo de evaluación integral demostró ser una alternativa de apoyo a la atención primaria de salud en situaciones epidémicas que rebasan la capacidad de respuesta del equipo básico de salud y requieren la disponibilidad de camas hospitalarias para otros casos. Desde la comunidad se brindó atención, tratamiento y seguimiento a los pacientes identificados como positivos a la COVID-19, evitando que evolucionaran hacia la gravedad o la muerte, sin necesidad de remitirlos al nivel hospitalario. Esta iniciativa, por sus resultados, debe quedar en la lista de alternativas de acción aprendidas a utilizar en eventos similares.

Referencias bibliográficas

1. MINSAP. Protocolo de Actuación Nacional para la COVID-19. Versión 1.6. La Habana: MINSAP; 2021.
2. Zhou Wang MD, Shan Z, Qing C, Jun L. The coronavirus prevention Handbook. 101 Science based tips that could save your life. New York: Skyhouse Publishing; 2020 [acceso 15/05/2020]. 143 pp. Disponible en: https://waymagazine.org/wp-content/uploads/2020/03/Wang-Zhou-Nanshan-Zhong-Qiang-Wang-Ke-Hu-Zaiqi-Zhang-Coronavirus-Prevention-Handbook_-101-Science-Based-Tips-That.pdf
3. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) Dashboard. Geneva: WHO (COVID-19); 2022 [acceso 2/02/2022]. Disponible en: <https://covid19.who.int/>
4. Infomed. Ministro de Salud: ¿Qué significó la COVID-19 para el Sistema de Salud cubano en el 2021? La Habana: MINSAP; 2022 [acceso 3/01/2022]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/ministro-de-salud-que-significo-la-covid-19-para-el-sistema-de-salud-cubano-en-el-2021/>
5. Satué de Velasco E, Gayol Fernández M, Eyaralar Riera MT, Magallón Botaya R, Abal Ferrer F. Impacto de la pandemia en la atención primaria. Informe SESPAS 2022. Gaceta Sanitaria. 2022;36(1):S30-S35. DOI: [10.1016/j.gaceta.2022.05.004](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.05.004)
6. Mediavilla J, Lázar A. Coronavirus: la crisis sanitaria cierra 700 centros de atención primaria. Redacción Médica, 14 de abril de 2020. Madrid: Sanitaria 2000 S.L.; 2020 [acceso 16/10/2021]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina-familiar-y-comunitaria/coronavirus-la-crisis-sanitaria-cierra-700-centros-de-atencion-primaria-5168>
7. Ministerio de Ciencia e Innovación, Ministerio de Sanidad, Consejo Inter-territorial del Sistema Nacional de Salud, Instituto de Salud Carlos III. Estudio ENE-COVID-19. Informe Final. Estudio nacional de sero-epidemiología de la infección por SARS-CoV-2 en

España. España: Ministerio de Sanidad; 2020 [acceso 15/07/2021]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12105/10701>

8. De Nicolás Jiménez JM, Martín Morcuende A, Pérez Román M, Fabregas Domínguez MT, Palomo Cobos M. Epidemiología, clínica y distribución temporal de los casos confirmados y sospechosos de enfermedad por coronavirus (COVID-19) atendidos por un centro de salud urbano (Cáceres). *Atención Primaria Práctica*. 2021;3:100089.17. DOI: [10.1016/j.appr.2021.100089](https://doi.org/10.1016/j.appr.2021.100089)

9. Sullivan EE, Breton M, McKinstry D, Phillips RS. COVID-19's Perceived Impact on Primary Care in New England: A Qualitative Study. *J Am Board Fam Med*. 2022;35(2):265-73. DOI: [10.3122/jabfm.2022.02.210317](https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.02.210317)

10. Bressy S, Zingarelli EM. Technological devices in COVID-19 primary care management: the Italian experience. *Family Practice*. 2020;37(5):725-6. DOI: [10.1093/fampra/cmaa055](https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa055)

11. Chang B, Chiu TY. Ready for a long fight against the COVID-19 outbreak: An innovative model of tiered primary health care in Taiwan. *BJGP Open*. 2020;4(2). DOI: [10.3399/bjgpopen20X101068](https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101068)

12. Wei FX. Primary stratification and identification of suspected Coronavirus disease 2019 (COVID-19) from clinical perspective by a simple scoring proposal. *Military Medical Research*. 2020;7(16). DOI: [10.1186/s40779-020-00246-8](https://doi.org/10.1186/s40779-020-00246-8)

13. Ministerio de Salud de Perú. Documento técnico: Prevención y Atención de personas afectadas por COVID-19 en el Perú. RM N° 193-2020/MINSA. Perú: Ministerio de Salud; 2020.

14. Villanueva Carrasco R, Domínguez Samamés R, Salazar De La Cruz M, Cuba-Fuentes MS. Respuesta del primer nivel de atención de salud del Perú a la pandemia COVID-19. *An. Fac. med.* 2020;81(3):337-41. DOI: [10.15381/anales.v81i3.18952](https://doi.org/10.15381/anales.v81i3.18952).

15. Linares M, Santos Larregola L, Santos González A, Arrán Izquierdo J, Molero JM, Jorge Bravo MT, *et al.* Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19. Ministerio de Sanidad. Madrid 2020; [acceso 20/07/2021]. Disponible en:

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_primaria.pdf

16. Oll Benejam T, Palacio Lapuente J, Añel Rodríguez R, Gens Barbera M, Jurado Balbuena JJ, Perelló Bratescu A. Organización de la Atención Primaria en tiempos de pandemia [Primary care organization in pandemic times]. *Aten Primaria*. 2021;53(1):102209. DOI: [10.1016/j.aprim.2021.102209](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102209)

17. Mendes TAB, Andreoli PBA, Cavalheiro L, Talerman C, Laselva C. Adequação do uso do oxigênio por meio da oximetria de pulso: um processo importante de segurança do paciente. *Einstein*. 2010 [acceso 20/07/2021];8(4):449-55. Disponible en: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1377-Einsteinv8n4_pg449-455_eng.pdf

18. Jinich P. Herramientas para la evaluación de la disnea y el compromiso respiratorio en pacientes atendidos por teléfono o video-llamada en el contexto de la pandemia por COVID-19. *Evid Actual Pract Ambul*. 2020 [acceso 13/04/2020].;23(2):e002055. Disponible en: <https://www.cebm.net/covid-19/are-there-any-evidence-based-ways-of-assessing-dyspnoea-breathlessness-by-telephone-or-video/>

19. Giovanella L, Vega R, Tejerina Silva H, Acosta Ramírez N, Parada Lezcano M, Ríos G, *et al*. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica?. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2021;19:e00310142. DOI: [10.1590/1981-7746-sol00310](https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310)

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Rebeca Gómez Miranda

Curación de datos: Rebeca Gómez Miranda

Análisis formal: Abel González Pérez

Investigación: Rebeca Gómez y Abel González Pérez

Metodología: Llunisis Gómez Miranda

Administración del proyecto: Rebeca Gómez Miranda

Supervisión: Llunisis Gómez Miranda

Validación: Abel Pérez González

Visualización: Llunisis Gómez Miranda

Redacción–borrador original: Rebeca Gómez Miranda

Redacción–revisión y edición: Llunisis Gómez Miranda