



## Original

# Conocimiento y percepción de las medidas adoptadas frente a la covid-19 por los profesionales de atención primaria al inicio de la pandemia

María Sanz-Almazán<sup>a,\*</sup>, Pilar Rodríguez-Ledo<sup>b</sup> en representación de la Comisión Permanente de SEMG 2019-2023

<sup>a</sup>Centro de Salud de Riaza (Segovia). <sup>b</sup>Gerencia de Gestión Integrada de Lugo, Cervo, Monforte.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 17 de mayo de 2020

Aceptado el 10 de junio de 2020

On-line el 16 de julio de 2020

#### Palabras clave:

Atención primaria

Covid-19

Prevención de enfermedades

Equipos de protección individual

### R E S U M E N

**Objetivo.** Valorar el nivel de conocimientos y la percepción de los profesionales de atención primaria (AP) acerca de las medidas adoptadas para afrontar la covid-19 al inicio de la pandemia.

**Material y métodos.** Estudio observacional, descriptivo, transversal. Al inicio de la crisis sanitaria SEMG elaboró un cuestionario sobre las medidas adoptadas frente a la covid-19. Se incluyó a los profesionales de AP que lo respondieron de forma anónima online entre el 10 y el 14 de marzo de 2020. Se recogieron variables: sociodemográficas; relacionadas con la formación/información recibida sobre el abordaje de la infección por SARS-CoV-2; relacionadas con las medidas de protección adoptadas en el lugar de trabajo y el grado de preocupación y prevención percibido por los profesionales.

**Resultados.** 1.332 profesionales respondieron al cuestionario. El 65,1 % fueron mujeres y la edad media 51,2 años (DE 1,5). El 79,5 % eran médicos de familia y el 80,1 % trabajaban en un centro de salud. El 44,5 % referían haber recibido una formación adecuada y el 94,5 % haber leído los protocolos del Ministerio de Sanidad. Un 41,4 % consideraba que no se estaban adoptando las medidas de protección recomendadas por falta de medios: 14,9 % decía disponer de suficientes mascarillas FFP2/FFP3; 15,9 % de batas impermeables y 16,2 % de protectores oculares. El 86,6 % afirmaba hacer correctamente la higiene de manos y el 29,1 % tener destrezas para colocarse y retirarse el equipo de protección individual adecuadamente. Su percepción del nivel de protección en su puesto de trabajo fue de 4,07 (DE 0,06) y su nivel de preocupación con la situación fue de 7,40 (DE 0,06).

**Conclusiones.** Los profesionales de AP se enfrentaron al inicio de la pandemia de covid-19 con preocupación, desprotegidos por falta de material, y con cierta desinformación y falta de organización.

© 2020 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [msanzalmazan@semg.es](mailto:msanzalmazan@semg.es) (M. Sanz Almazán).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2020.023>

2254-5506 / © 2020 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

## Knowledge and perception of the measures adopted in regards to COVID-19 by the primary care professionals at the onset of the pandemic

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Primary care  
COVID-19  
disease prevention  
Individual protection equipment

**Objective.** Evaluate level of knowledge and perception of the primary care (PC) professionals regarding the measures adopted to deal with the COVID-19 at the onset of the pandemic.

**Material and methods.** Observational, descriptive, cross-sectional study. At the onset of the health care crisis, SEMG prepared a questionnaire on the measures adopted against the COVID-19. PC professionals who anonymously responded online between 10 and 14 March 2020 were included. Variables were collected: sociodemographics, related with the training/information received on the approach to the SARS-CoV-2 infection; related with the protection measures adopted in the work site and the degree of concern and prevention perceived by the professionals.

**Results.** 1332 professionals answered the questionnaire. 65.1 % were women and mean age was 51.2 years (SD 1.5). 79.5 % were family doctors and 80.1% worked in a health care center. 44.5% stated they had received adequate training and 94.5% that they had read the Health Care Ministry protocols. A total of 41.4% considered that the protection measures recommended were not being adopted due to lack of resources: 14.9 % stated that they did not have sufficient FFP2/FFP3 face masks; 15.9 % lacked waterproof hospital gowns and 16.2 % safety eyewear. 86.6 % stated they correctly did hand hygiene and 29.1% had the skills to put on and take off the individual protection adequately. Their perception of the work protection level was 4.07 (SD 0.06) and level of concern with the situation was 7.40 (SD 0.06).

**Conclusions.** The PC professionals confronted the onset of the COVID-19 pandemic with concern, unprotected due to lack of material, and with some misinformation and lack of organization.

© 2020 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

## Introducción

En diciembre de 2019 se describían en Wuhan (China) una serie de casos de neumonía e insuficiencia respiratoria provocados por un agente etiológico hasta entonces desconocido, un virus de la familia *Coronaviridae* que se pasó a denominar SARS-CoV-2<sup>1</sup>. A partir de ahí, el virus se fue extendiendo por otros países, hasta que el 11 de marzo de 2020 la OMS declaró la covid-19 como pandemia<sup>2</sup>.

La principal vía de transmisión persona a persona del SARS-CoV-2 es por contacto directo con gotitas respiratorias (mayores de 5 micras) que se generan al toser, estornudar e incluso al hablar. Otra vía de contagio es a través de las manos o de fómites contaminados con estas secreciones respiratorias y su posterior contacto con la mucosa oral, nasal u ocular<sup>3,4</sup>. Se trata de un virus altamente contagioso, con un número de reproducción básico R (número medio de casos nuevos que genera un caso a lo largo del periodo infeccioso) entre 2 y 3; sin embargo, por causas desconocidas, existen ciertas situaciones con personas infectadas en las que la tasa de transmisión es mucho más alta<sup>4,5</sup>. El periodo de incubación medio es de 5 días y oscila entre 0 y 14 días. El periodo de transmisión comienza 1-2 días antes del inicio de los síntomas<sup>3</sup>.

La mayoría de los pacientes infectados presentan síntomas leves como fiebre, astenia y síntomas respiratorios; en determinados casos la situación clínica puede complicarse y dar lugar a neumonía, síndrome de distrés respiratorio agudo, shock séptico, coagulopatías e incluso la muerte<sup>4-7</sup>.

Los profesionales sanitarios en el desempeño de su trabajo suelen mantener un contacto estrecho con los pacientes: la exposición cercana a una persona con covid-19 es la principal forma de propagación. Por ello y por la elevada contagiosidad de la enfermedad, los sanitarios tienen mayor riesgo de contraer la enfermedad y de actuar como transmisores de la misma. Para evitarlo se deben utilizar los equipos de protección individual (EPI) adecuados y recomendados para cada situación según el riesgo<sup>7</sup>.

En España el primer caso se diagnosticó el 31 de enero de 2020. Desde entonces los pacientes infectados por SARS-CoV-2 fueron aumentando exponencialmente, hasta declararse el 13 de marzo de 2020 el estado de alarma<sup>8</sup>. Ante el grave aumento de casos, y teniendo en cuenta que la puerta principal de entrada al sistema sanitario es la atención primaria (AP), el Ministerio de Sanidad en colaboración con las sociedades científicas elaboró un documento técnico de *Manejo en Atención Primaria de pacientes con covid-19*, cuya primera edición se publicó el 28 de febrero de 2020<sup>9</sup>. En este documento se incluía

una serie de recomendaciones para el abordaje de los pacientes con sospecha de padecer covid-19 y una serie de medidas de prevención para evitar su propagación y el contagio de los profesionales.

Los profesionales de AP desde un principio estuvieron expuestos a la covid-19, enfermedad nueva y desconocida, de la que únicamente se conocían las experiencias de China e Italia. La tasa de contagio entre el personal sanitario ha sido muy alta, atribuida a diferentes factores, entre ellos la escasez de protección por desabastecimiento de EPI en todo el mundo<sup>4</sup>.

Al tratarse de una situación sin precedentes en nuestro país, y a causa de la incertidumbre y desconcierto iniciales que generó entre los sanitarios, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) quiso conocer cómo afrontaban los profesionales de AP el inicio de la pandemia, sobre todo la información de la que disponían y las medidas de protección con las que contaban para protegerse de la infección por SARS-CoV-2.

El objetivo de este estudio fue valorar cuál era el grado de conocimientos y la percepción de los profesionales de AP acerca de las medidas adoptadas para afrontar la covid-19 al inicio de la pandemia.

---

## Material y métodos

**Diseño del estudio.** Estudio observacional, descriptivo, transversal.

**Ámbito del estudio.** Atención Primaria.

**Población a estudio.** Profesionales sanitarios y no sanitarios, que desempeñan su labor asistencial en AP.

**Criterios de inclusión.** Profesionales de AP que recibieron el cuestionario y accedieron a participar respondiendo a las preguntas entre el 10 de marzo de 2020 y el 14 de marzo de 2020, días previos a la declaración del estado de alarma en España.

**Mediciones e intervenciones.** Ante el incremento exponencial del número de casos de covid-19 en España durante la primera semana de marzo de 2020 la SEMG elaboró un cuestionario formado por 22 preguntas relacionadas con las formación y recursos recibidos por los profesionales de AP para afrontar la covid-19, siguiendo las recomendaciones incluidas en el Documento Técnico: *Manejo en atención primaria de la covid-19*<sup>9</sup> del Ministerio de Sanidad. El cuestionario se envió a través de correo electrónico, redes sociales y otros medios telemáticos, y se cumplimentó *online* con carácter voluntario y anónimo. Siendo un proyecto que la sociedad asumió como esencial y prioritario, se difundió a través de las listas de distribución autorizadas por socios y afiliados.-

Se recogieron las siguientes variables:

- Variables sociodemográficas: sexo (varón/mujer), edad, profesión (médico/enfermera de AP, MIR/EIR de medicina familiar y comunitaria, otras) comunidad autónoma donde trabaja, lugar de trabajo habitual (consulta en centro de salud de AP urbano o rural, servicio de urgencias extrahospitalario –SUEH-, urgencias hospitalarias –UH-, servicio de emergencias 112/061, centro sociosanitario, otros).
- Variables relacionadas con la formación e información recibida sobre el abordaje de pacientes con sospecha de padecer covid-19.

- Variables relacionadas con las medidas de protección de los profesionales en su puesto de trabajo frente a una posible infección por SARS-CoV-2.
- Nivel de preocupación y de prevención.

**Análisis estadístico propuesto.** Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v.18.0. Primero se realizó un análisis descriptivo uní y bivariante. Las variables cuantitativas continuas se describen como media  $\pm$  desviación estándar (DS) en caso de distribución normal, o como mediana y rango si la distribución no fue normal. Las variables cualitativas se describen mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). A continuación, para estudiar la asociación entre variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi cuadrado con test exacto de Fisher o razón de verosimilitud dependiendo de sus condiciones de aplicación. Para estudiar las diferencias entre medias se utilizó la prueba de t Student o la U de Mann-Whitner para 2 grupos, y el ANOVA o la H Kruskal-Wallis para más de 2 grupos. Se ha considerado significativo en todos los test realizados un nivel de confianza del 95 % ( $p < 0,05$ ).

**Aspectos éticos.** Este proyecto cumple con lo establecido en la Ley 14/2007, de 3 de julio, sobre Investigación Biomédica, los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina, en la Declaración Universal de la UNESCO sobre el genoma humano y los derechos humanos, y con los requisitos establecidos en la legislación vigente en materia de investigación biomédica, protección de datos de carácter personal y la bioética. Se cumplirá el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos. La información recogida de cada participante se ha tratado de forma estrictamente confidencial, según lo establecido por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, con recogida anonimizada desde el inicio e imposibilidad de reidentificación.

---

## Resultados

Un total de 1.332 profesionales respondieron el cuestionario entre los días 10 y 14 de marzo de 2020<sup>8</sup>. El 65,1 % de los participantes fueron mujeres frente al 34,9 % de varones. La edad media fue de 51,2 años (DE 1,5); esta fue mayor en los varones [58,6 años (DE 4,1)] que en las mujeres [47,2 años (DE 0,4)] de forma estadísticamente significativa ( $p < 0,045$ ). En cuanto a la profesión de los encuestados: 79,5 % fueron médicos de AP; 8,8 % enfermeras de AP; 6,5 % MIR de medicina familiar y comunitaria; 1,4 % UH; 1,2 % SUEH; 6,4 % otros. El 55,3 % trabajaban en la consulta de un centro de salud urbano; el 24,8 % en la consulta de un centro de salud rural; el 6,8 % en un SUEH; el 5,5 % en UH; 7,7 % en otros lugares. Las comunidades autónomas con mayor participación fueron: 20,2 % Madrid; 14,3 % Cataluña y 11,6 % Andalucía. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución por sexo de los participantes en las variables: profesión, lugar de trabajo habitual y comunidades autónomas (Tabla 1); sin embargo, no existieron diferencias significativas en función de la edad.

**Tabla 1 – Características sociodemográficas de los encuestados y su distribución según el sexo.**

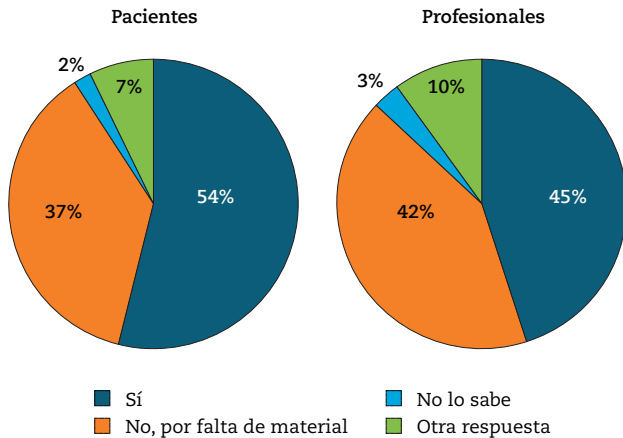
Profesión	Global		Mujeres		Hombres		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Médico AP	1059	79,5	658	75,9	400	86,0	0,045
Enfermera AP	89	6,7	76	8,8	13	2,8	
MIR MFyC	70	5,3	56	6,5	14	3,0	
EIR AFyC	9	0,7	6	0,7	3	0,6	
Otras enfermeras	4	0,3	4	0,5	0	0,0	
Pediatría AP	10	0,8	9	1,0	1	0,2	
Urgencias hospitalarias	23	1,7	12	1,4	11	2,4	
Urgencias extrahospitalarias	11	0,8	10	1,2	1	0,2	
Emergencias (061, 112...)	7	0,5	5	0,6	2	0,4	
Otros	50	3,8	31	3,6	19	4,1	
<b>Lugar de trabajo habitual</b>							
Consulta en CS urbano	736	55,3	520	60,0	216	46,5	0,001
Consulta en CS rural	330	24,8	183	21,1	147	31,6	
SU extrahospitalario	91	6,8	66	7,6	25	5,4	
SU hospitalario	73	5,5	45	5,2	28	6,0	
Emergencias 112/061	7	0,5	4	0,5	4	0,9	
Centro sociosanitario	18	1,4	9	1,0	9	1,9	
Otros	77	5,8	40	4,6	36	7,7	
<b>CCAA</b>							
Andalucía	154	11,6	87	10,0	67	14,4	< 0,001
Aragón	129	9,7	85	9,8	44	9,5	
Asturias	35	2,6	28	3,2	7	1,5	
Baleares	12	0,9	6	0,7	6	1,3	
Canarias	40	3,0	21	2,4	19	4,1	
Cantabria	12	0,9	7	0,8	5	1,1	
Castilla-La Mancha	70	5,3	37	4,3	33	7,1	
Castilla y León	103	7,7	62	7,2	41	8,8	
Cataluña	191	14,3	140	16,1	51	11,0	
Ceuta	2	0,2	2	0,2	0	0	
Comunidad Valenciana	83	6,2	46	5,3	37	8,0	
Extremadura	32	2,4	8	0,9	24	5,2	
Galicia	99	7,4	61	7,0	38	8,2	
La Rioja	13	1,0	6	0,7	7	1,5	
Madrid	269	20,2	211	24,3	58	12,5	
Melilla	2	0,2	0	0	2	0,4	
Murcia	29	2,2	21	2,4	8	1,7	
Navarra	18	1,4	10	1,2	8	1,7	
País Vasco	39	2,9	29	3,3	10	2,2	

\*AP: atención primaria; MFyC: medicina familiar y comunitaria; AFyC: atención familiar y comunitaria; CS: centro de salud; SU: Servicio de Urgencias; CCAA: comunidades autónomas.  
Fuente: Elaboración propia

### Formación específica sobre el abordaje de la covid-19

Se realizaron varias preguntas sobre la formación e información recibida acerca de la infección por SARS-CoV-2. En el momento en el que se cumplimentó la encuesta, el 44,5 % de

los encuestados habían recibido una formación específica y actualizada por parte de su gerencia/dirección; el 35,2 % consideraba que se les había formado, pero de forma insuficiente y el 18,5 % no había recibido formación. Además, el 72,5 % de los participantes aseguraba disponer de algún protocolo interno



**Figura 1 – “¿Se están adoptando en su centro de trabajo las medidas de protección recomendadas por el Ministerio y/o su Gerencia?”.** (Fuente: Elaboración propia).

o medida específica adaptada a su centro de trabajo; el 24,3 % no contaba con ello y el 3,2 % lo desconocía. El 94,5 % de los profesionales decía haber leído los procedimientos de actuación frente a la covid-19 emitidos por el Ministerio de Sanidad.

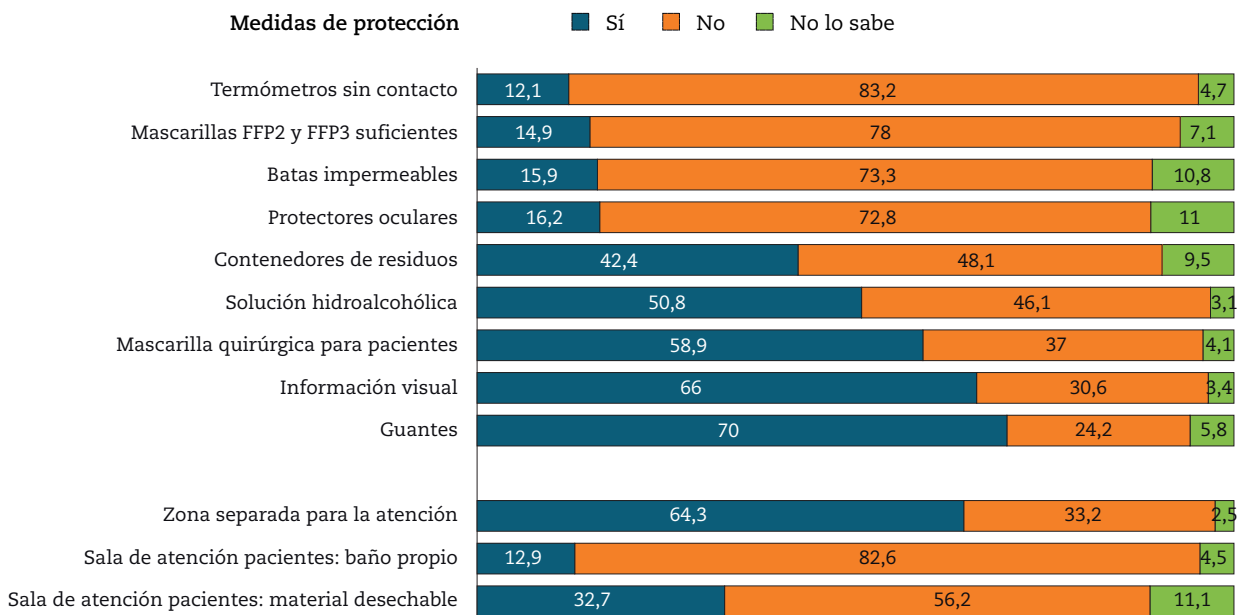
Las fuentes de información más utilizadas fueron: 63,2 % del Ministerio de Sanidad; 64,3 % Gerencia/Dirección de AP o Integrada; 25,5 % sociedades científicas; 25,9 % compañeros de trabajo; 17,9 % webs científicas; 17,9 % prensa y redes sociales. El sexo y la edad parecían influir en el tipo de fuente de información elegida: los más jóvenes manifestaban obtener la información mayoritariamente de su gerencia/dirección y

de redes sociales, mientras que los más mayores la obtenían más del Ministerio de Sanidad ( $p < 0,001$ ); los varones parecían confiar más en las sociedades científicas (31,6 % varones frente a 22,3 % mujeres) y en las webs científicas (24,9 % varones frente a 14,2 % mujeres) que las mujeres ( $p < 0,001$ ).

**Medidas de protección frente a la infección por SARS-CoV-2**

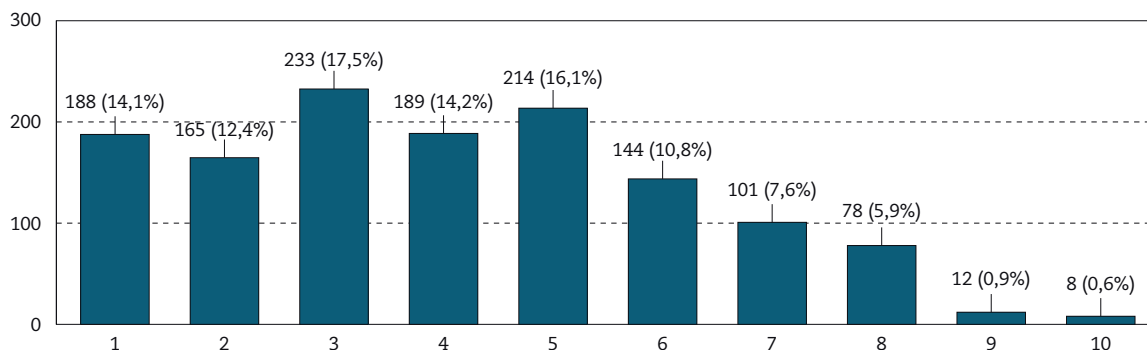
El siguiente bloque de preguntas se centró en las medidas de protección adoptadas para prevenir la infección por SARS-CoV-2. Ante la pregunta “¿se están adoptando en su centro de trabajo las medidas recomendadas por el Ministerio y/o su Gerencia con respecto a la protección de los pacientes?”, el 54,6 % respondió que sí se estaban adoptando dichas medidas; el 36,9 % consideró que no se estaban aplicando porque no se disponía de material suficiente y el 8,6 % dio otra respuesta. La misma pregunta, pero referente a la adopción de las medidas de protección de profesionales, arrojó los siguientes datos: el 45,2 % creía que sí se estaban llevando a cabo las medidas de protección recomendadas; el 41,4 % consideraba que no se estaban adoptado por falta de medios disponibles (mascarillas, batas, gafas...); el 13,3 % dio otra respuesta (Fig. 1).

El 86,6 % de los participantes creía saber realizar correctamente el procedimiento de higiene de manos y en qué momento aplicarlo; el 10,5 % consideraba que no lo suficiente y el 2,9 % decía no saber hacerlo bien. En cuanto a la colocación y retirada del EPI: el 26,9 % reconocía no saber hacerlo correctamente; el 44,1 % consideraba no tener suficiente práctica y el 29,1 % creía saber colocárselo y quitárselo de forma adecuada. Las mujeres manifestaban más inseguridad con el manejo del EPI que los varones ( $p = 0,001$ ): el 27,8 % decían no saber ponerlo de forma adecuada (25,2 % varones) y el 46,5 % no tener la suficiente destreza (39,6 % varones) La disponibilidad de las medidas de protección específicas se reflejan en la figura 2.



**Figura 2 – Medidas de protección frente a la covid-19 disponibles en su ámbito de trabajo.** (Fuente: Elaboración propia).





**Figura 3 – Percepción del nivel de protección en el puesto de trabajo frente a una posible infección por coronavirus mediante escala 1 a 10, siendo 1 la menor protección y 10 la máxima. (Fuente: Elaboración propia).**

Hay que reseñar que: 12,1 % disponía de termómetros sin contacto; 14,9 % de mascarillas FFP2/FFP3; 15,9 % de batas impermeables y 16,2 % de protectores oculares. Las mujeres percibían menos disponibilidad de material que los varones de forma significativa: 12,9 % frente a 18,7 % mascarillas FFP2/FFP3 ( $p=0,018$ ); 69,3 % frente a 71,4 % guantes ( $p=0,027$ ); 11,1 % frente a 16,3 % baño privado en la sala de atención a pacientes sospechosos ( $p=0,016$ ).

#### Procedimiento y abordaje de la covid-19

El 60,7 % de los profesionales decían tener claro los pasos a seguir ante una sospecha de infección por SARS-CoV-2; el 34 % no tenerlo suficientemente claro y el 5,3 % nada claro. Los hombres manifestaban tener más claro este procedimiento que las mujeres (65,4 % frente a 53,1 %) de forma estadísticamente significativa ( $p=0,016$ ). La media de edad era menor entre los que consideraban que sabían ponerse y quitarse el EPI con más seguridad ( $p<0,001$ ): 50,12 años (DE 11,1) frente a 65,72 años (DE 26,8).

El 42 % de los profesionales constataban que no se les había comunicado desde su Gerencia cuál era el procedimiento a seguir con un paciente aislado en su domicilio por covid-19; el 16 % sabían que se había contratado personal sanitario específico para atender los casos domiciliarios (60,4 % comentaban que no se había contratado personal para esa tarea y 23,6 % lo desconocían).

En los primeros días de marzo de 2020, el 42,4 % de los participantes exponían que en su zona de trabajo no se había designado personal sanitario encargado de la toma de muestras específicamente; el 22,1 % lo desconocían y el 35,5 % decían que sí existía esa figura. El 36,3 % afirmaba que en su comunidad autónoma existía un comité de expertos para gestionar la covid-19; 53,3 % lo desconocía y el 10,4 % creían que no lo había. Las mujeres y los profesionales de mayor edad, respondieron con mayor frecuencia que no existía tal comité de forma estadísticamente significativa ( $p=0,015$  y  $p=0,023$ , respectivamente). El 87,8 % sabía que en su comunidad autónoma existe un teléfono de información ciudadana. La media de edad era menor entre los que manifiestan conocer la existencia de ese número de atención ciudadana de forma significativa: 49,6 años (DE 11,5) frente a 63,2 años (DE 50,5) ( $p<0,001$ ).

El 14,3 % de los profesionales habían sido caso sospechoso o confirmado de covid-19; de ellos el 11 % consideraba que no se había seguido el protocolo de actuación de forma adecuada, frente al 4,3 % que sí.

#### Nivel de preocupación y de prevención

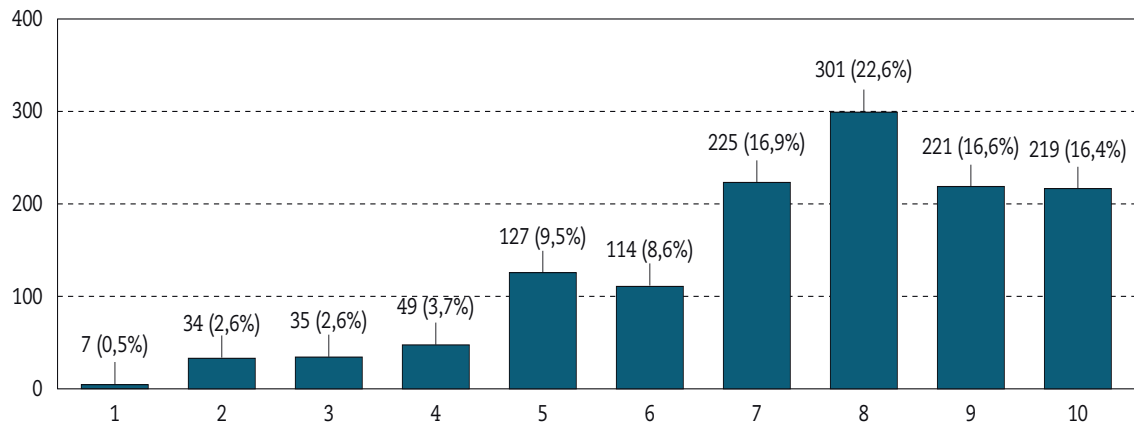
Se preguntó cuál era la percepción de los profesionales acerca del nivel de protección en su puesto de trabajo frente a una posible infección por SARS-CoV-2, mediante una escala análoga del 1 al 10 (Fig. 3). La media de protección percibida fue de 4,07 (DE 0,06). Aunque no se llegó a alcanzar la significación estadística, las mujeres percibían un menor nivel de protección que los varones: 3,99 (DE 0,07) frente a 4,23 (DE 0,10).

También se interrogó acerca de su nivel de preocupación ante la epidemia actual de la covid-19. Se empleó la misma escala del 1 al 10 y se obtuvo una media de preocupación de 7,40 (DE 0,06) (Fig. 4). El nivel de preocupación en las mujeres fue mayor que en los varones: 7,5 (DE 0,07) frente a 7,21 (DE 0,1), de forma estadísticamente significativa ( $p=0,014$ ).

#### Comentario

La encuesta *Conocimiento y percepción de las medidas adoptadas frente a la covid-19 por los profesionales de Atención Primaria*, realizada por la SEMG, obtuvo una alta participación por parte de los profesionales de AP, a pesar de haberse recogido los datos durante un corto período de tiempo y en un momento de importante estrés laboral. Puso de manifiesto que los profesionales de AP afrontaron el inicio de la pandemia con mucha preocupación, con una importante falta de protección por la escasez de material y con una organización e información mejorables.

Los profesionales que participaron fueron en su mayoría mujeres, con una edad media en torno a los 50 años, es decir, con bastante experiencia laboral. En cuanto a su profesión, cuatro de cada cinco encuestados eran médicos que trabajaban en consultas de AP. El perfil laboral presentaba alguna diferencia según el sexo: las mujeres trabajaban más en los centros de salud urbanos y SUEH y predominaban entre los profesionales de enfermería de AP, MIR y pediatras; los varones eran más



**Figura 4 – Nivel de preocupación de los profesionales antes la epidemia actual del coronavirus mediante escala 1 a 10, siendo 1 la menor preocupación y 10 la máxima. (Fuente: Elaboración propia).**

numerosos en la categoría de médicos, y ejercían su profesión en centros de salud rurales y en UH con mayor frecuencia que las mujeres. Hubo representación de todas las comunidades autónomas; un tercio de los encuestados pertenecían a las que más casos reportaban en ese momento: Madrid y Cataluña. Además, cuatro de cada diez mujeres encuestadas trabajaban en estas dos comunidades autónomas. Por todo ello, los datos recogidos pueden aproximarse bastante a la realidad percibida por los profesionales sanitarios al inicio de la pandemia de covid-19.

Al inicio de la crisis sanitaria por el SARS-CoV-2 más de la mitad de los profesionales reconocían no haber recibido una formación o información suficiente por parte de su gerencia o dirección, aunque tres cuartas partes ya disponían de protocolos o medidas adaptadas a su centro de trabajo. Sin embargo, era un asunto que preocupaba a los sanitarios, ya que casi la totalidad decían haber leído los procedimientos de actuación emitidos por el Ministerio de Sanidad o haber buscado información a través de fuentes de información fiables.

Dos terceras partes de los encuestados creían tener claro el procedimiento a seguir ante un caso sospechoso de infección por SARS-CoV-2, sobre todo los varones y los profesionales sanitarios de menor edad. Hay que destacar que cerca de la mitad de los sanitarios manifestaban no haber recibido información sobre el procedimiento a seguir con los pacientes aislados en su domicilio por padecer covid-19<sup>10</sup>, a pesar de que en la mayoría de las ocasiones los médicos y enfermeras de AP iban a ser los encargados de hacer el seguimiento de estos pacientes. Se debe tener en cuenta que la asistencia domiciliar presenta una serie de características que favorecen el contagio de la covid-19: espacios reducidos, en ocasiones con escasa higiene y ventilación, contacto estrecho con el paciente y sus convivientes<sup>11</sup> y características de estos pacientes<sup>12,13</sup>: edad avanzada, dependientes, pluripatológicos, entre otras, que los convierten en pacientes susceptibles de contraer la enfermedad o de sufrir complicaciones.

En este momento también parecía existir desconocimiento en torno a la realización de toma de muestras para el diagnóstico, ya que sólo un tercio de los encuestados sabía que había personal específico dedicado a esta tarea. De la misma manera, solo un tercio de los profesionales eran conocedores

de la existencia de un comité de expertos en su comunidad autónoma dedicado a la gestión de la covid-19. No obstante, casi todos conocían la disponibilidad de un teléfono de asistencia en relación con la misma, quizá más difundido a través de los medios de comunicación.

Los profesionales de AP de España afrontaron las primeras semanas de la infección por SARS-CoV-2 con una preocupante falta de protección por escasez de material, de manera que la mitad de los encuestados decía no adoptar las medidas de protección personal recomendadas por el Ministerio de Sanidad<sup>9,14</sup> por la falta de las mismas; lo mismo ocurría con la protección de los pacientes.

Los sanitarios manifestaban la falta de material de protección suficiente para asegurar un desempeño de su actividad de forma segura<sup>9,14-16</sup>: menos del 20 % de los encuestados contaban con suficientes mascarillas FFP2 y FFP3, batas impermeables, protectores oculares y termómetros sin contacto; la mitad reconocía falta de solución hidroalcohólica y de contenedores de residuos y en un tercio de los casos escaseaban los guantes. En cuanto a la protección de los pacientes, se recomendaba la colocación de mascarilla quirúrgica a quienes presentaran síntomas respiratorios compatibles, pero sólo parecía estar disponible para dos de cada tres casos. Así mismo se recomendaba la habilitación de una sala separada para la atención de los pacientes con sospecha de padecer covid-19, que dispusiera de material desechable y de protecciones plásticas, y a ser posible con baño privado: la sala estaba disponible en dos terceras partes de los centros de trabajo; solo un tercio tenían material desechable y una minoría baño privado.

Una de las intervenciones más sencillas y coste-efectiva para limitar la transmisión de virus respiratorios es la higiene de manos<sup>17</sup>. La mayoría de los encuestados manifestaban saber hacerlo perfectamente, pero cerca del 15 % reconocían no hacerlo tan bien como se debiera; por ello es importante formación continuada que recuerde estos procedimientos a los profesionales, así como la educación de la población general<sup>18</sup>.

Los EPI solo ofrecen protección cuando se utilizan adecuadamente y para ello se requiere cierto adiestramiento en su uso. En primer lugar, se debe elegir el tipo de EPI más adecuado en función de la actividad a realizar y el nivel de exposición que se va a tener. Además, la secuencia de colocación y retirada de

los EPI debe estar estructurada y predefinida, siguiendo unas instrucciones concretas, para que la protección sea máxima; por ello, los profesionales deben formarse previamente en este aspecto y practicar las maniobras<sup>9,14-16</sup>. Existen estudios que demuestran que la capacitación presencial en el uso del EPI puede reducir más los errores que la capacitación con información por escrito<sup>19</sup>. La colocación correcta del EPI evita las posibles vías de entrada del patógeno. El momento con mayor riesgo de contagio es la retirada del mismo: después de su uso, los elementos de protección se consideran contaminados y pueden ser un foco de transmisión. El EPI se debe retirar fuera del foco de exposición, siguiendo una secuencia segura que evite el contacto con la parte expuesta, así como la eliminación de los residuos según marcan los protocolos<sup>14</sup>. Como se observa, la colocación de los EPI es compleja, y requiere de formación previa; los encuestados reconocían falta de práctica en el manejo de los EPI al inicio de la crisis sanitaria, de manera que solo uno de cada tres mostraba seguridad plena en su uso.

De forma subjetiva, la percepción de seguridad por parte de los profesionales no llegaba al 5, en una escala analógica del 1 al 10; el grado de preocupación medio superaba el 7 sobre 10.

Un dato llamativo en el presente estudio, es que las mujeres de forma global presentaban una mayor sensación de desprotección y mayor preocupación ante la crisis sanitaria que los varones, además de percibir menor disponibilidad de determinados materiales (mascarillas y guantes) y manifestar mayor inseguridad en la colocación del EPI. Este hecho es difícil de explicar, pero puede deberse a las características de la muestra: un elevado porcentaje de las mujeres trabajaban en las comunidades autónomas con más casos y en centros de salud urbanos, donde también se atendía a un mayor número de pacientes infectados; o quizá existan diferencias en la percepción del riesgo laboral en función del sexo, pese a que no se haya encontrado bibliografía que avale este aspecto.

Los datos obtenidos, que demuestran la falta de protección y de organización en AP al inicio de la crisis sanitaria, pueden explicar la situación actual en España, donde un mes y medio después hay 30.660 profesionales sanitarios contagiados por SARS-CoV-2, lo que representa el 21,6 % del total de pacientes infectados (cifra que asciende al 29,2 % en las mujeres), según el último informe oficial del Ministerio de Sanidad<sup>20,21</sup>; estas cifras ascienden a 43.325 contagiados el 4 mayo de 2020<sup>22</sup>. Además, España es el país con mayor porcentaje de sanitarios contagiados, con cifras muy superiores a las de Italia (8,67 %), China (4,2 %) o Estados Unidos (1,42 %)<sup>23</sup>. En el momento en que se hizo la encuesta un 15 % de los participantes ya habían presentado algún síntoma, con infección confirmada o no, de los cuales tres cuartas partes decían que no se había seguido con ellos el protocolo de actuación de forma adecuada. El Ministerio de Sanidad reconoce que el alto contagio entre el personal sanitario puede atribuirse a diferentes factores: inicialmente el desconocimiento de la transmisión de la infección a partir de casos asintomáticos que pudo contagiar a sanitarios con protección indebida; posteriormente, la escasa protección por la falta de EPI secundaria a su desabastecimiento en todo el mundo<sup>4</sup>.

Otro dato entristecedor es que el número de profesionales sanitarios fallecidos asciende a 35<sup>20,21</sup>, de los cuales al menos 14 trabajaban en AP<sup>24</sup>. Un reciente estudio canadiense demuestra que las especialidades médicas con mayor número de fallecidos asociados a la covid-19 fueron medicina de familiar y comunitaria y Urgencias y Emergencias; y que la principal

causa de muerte fue la falta de EPI para proteger a los profesionales sanitarios<sup>25,26</sup>.

A falta de otros estudios sobre los mismos aspectos, que permitan comparar los resultados, los datos aportados ayudan a hacer una primera aproximación a la realidad que están viviendo los profesionales de AP, en concreto, los médicos de familia.

Esta encuesta se realizó en el inicio de la crisis sanitaria. Desde entonces los protocolos y la situación han variado sustancialmente, por lo que será interesante conocer la opinión de los profesionales de AP tras cinco semanas en la primera línea de atención de la infección por SARS-CoV-2. SEMG seguirá trabajando para conocer la realidad de la situación de conocimiento y percepción de las medidas adoptadas frente a la covid-19, hecho que, sin duda, tendrá sus repercusiones en el grado de control de esta pandemia emergente y la evolución de la misma.

---

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020; 382: 727-33.
2. World Health Organization. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la covid-19 celebrada el 11 de marzo de 2020 [Internet] marzo 2020 [citado 14 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
3. Hung LS. The SARS epidemic in Hong Kong: what lessons have we learned? *J R Soc Med.* 2003; 96: 374-8.
4. Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, covid-19. Actualización de 17 de abril 2020. Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. [Internet] [citado 14 de abril de 2020]. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/20200417\\_ITCoronavirus.pdf](https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/20200417_ITCoronavirus.pdf)
5. World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. [citado 14 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
6. Kamps BS, Hoffmann C. Covid Reference. Edición 2020.1. 2020. [Internet]. [citado 14 de abril de 2020]. Disponible en: [https://amedeo.com/CovidReference03\\_es.pdf](https://amedeo.com/CovidReference03_es.pdf)
7. Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed Coronavirus Disease (COVID-19). [Internet]. [citado 14 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>
8. España. 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 la covid-19. Boletín Oficial del Estado, 13 de marzo de 2020, núm. 67. [Internet]. [citado 15 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/14/pdfs/BOE-A-2020-3692.pdf>



9. Documento técnico. Manejo en atención primaria de pacientes con covid-19. Versión de 17 de marzo de 2020. Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. [Internet]. [citado 15 de abril de 2020]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo\\_primaria.pdf](https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_primaria.pdf)
10. Documento técnico. Manejo domiciliario de la covid-19. Versión del 17 de marzo de 2020. Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. [Internet]. [citado 15 de abril de 2020]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo\\_domiciliario\\_de\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_domiciliario_de_COVID-19.pdf)
11. Borrel Martínez JM, Sanmartín Sánchez E, Doz Saura N. La urgencia en el medio extrahospitalario. Pautas de actuación en urgencias en el centro de salud rural. OMC; 2014. p.17-20.
12. Martín López MS. Análisis del perfil socio-sanitario del paciente que recibe visita domiciliaria como consulta de Enfermería desde Atención Primaria. *Enferm Integral*. 2004; 66: 17-22.
13. Sanz Almazán M, Arnao Rodríguez J, López Nogales T, Sánchez Peinador C. Perfil de los pacientes atendidos a domicilio por un Servicio de Atención Continuada en el medio rural. *Med Gen Fam*. 2019; 8: 97-102.
14. Documento técnico. Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2. Versión 30 de abril de 2020. Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. [Internet]. [citado 5 de mayo de 2020]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/PrevencionRRL\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/PrevencionRRL_COVID-19.pdf)
15. WHO. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance- January 2020. [Internet]. [citado 5 de mayo de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125)
16. Centers for Disease Control and Prevention. Using Personal Protective Equipment (PPE). [Internet]. [citado 5 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/using-ppe.html>
17. Jefferson T, Del Mar CB, Dooley L, Ferroni E, Al-Ansary LA, Bawazeer GA, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; (7): CD006207.
18. World Health Organization. Save Lives: Clean Your Hands. Guide to Implementation. A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. 2009. [Internet]. [citado 5 de mayo de 2020]. Disponible en: [https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/guia\\_aplicacion.pdf](https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/guia_aplicacion.pdf)
19. Verbeek JH, Rajamaki B, Ijaz S, Sauni R, Toomey E, Blackwood B, et al. Personal protective equipment for preventing highly infectious diseases due to exposure to contaminated body fluids in healthcare staff. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020; (4): CD011621.
20. Ministerio de Sanidad. Informe nº 28. Situación de covid-19 en España a 4 de mayo de 2020. Equipo Covid-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII). [Internet]. [citado 5 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%C2%BA%2028.%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%204%20de%20mayo%20de%202020.pdf>
21. Ministerio de Sanidad. Informe sobre la situación de covid-19 en personal sanitario en España a 4 de mayo de 2020. Equipo Covid-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII). [Internet]. [citado 5 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a.%20Situaci%C3%B3n%20en%20Sanitarios%20a%204%20de%20mayo%20de%202020.pdf>
22. Redacción médica. 4 de mayo de 2020. Coronavirus: los sanitarios afectados superan los 43.000; 1.214 más en 24h. [Internet]. [citado 5 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-sanitarios-afectados-contagio-43000-5280>
23. El médico interactivo. 27 de marzo de 2020. España lidera el número de sanitarios contagiados por coronavirus que ya asciende a 9.400. [Internet]. [citado 5 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://elmedicointeractivo.com/espana-lidera-el-numero-de-sanitarios-contagiados-por-coronavirus-que-ya-asciende-9-400/>
24. Redacción médica. 12 de abril de 2020. Coronavirus: España registra 23 médicos muertos por covid-19. [Internet]. [citado 5 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-espana-registra-28-medicos-muertos-por-covid-19-3641>
25. Ing EB, Xu AQ, Salimi A, Torun N. Physician Deaths from Corona Virus Disease (COVID-19). *Yale: BMJ; Medrxiv [preprint]* [Internet]. [citado 5 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1101/2020.04.05.20054494>
26. Redacción médica 3 de mayo de 2020. Coronavirus: las especialidades médicas con más muertos por covid-19. [Internet]. [citado 5 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-especialidades-medicas-muertos-covid-19-9470>