

# ¿Para qué llaman los pacientes?: evaluación de consultas telefónicas no urgentes en Atención Primaria

Vaneza A. García-Mendoza<sup>a</sup>, Julia Picazo-Cantos<sup>a</sup>, Marta Ballesteros-Merino<sup>b</sup>, Laura Pérez-Griñán<sup>a</sup>, Isabel Moro-Lago<sup>a</sup>, Marta Martínez-Ruiz<sup>b</sup> y Juan M. Téllez-Lapeira<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud Universitario Zona 5-B de Albacete. Albacete (España).

<sup>b</sup> Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Albacete (España).

Correspondencia: Juan M. Téllez-Lapeira.

Dirección postal: Centro de Salud Universitario Zona 5-B. C/ Profesor Macedonio Jiménez s/n, 02006, Albacete (España).

Correo electrónico: juanmtellez@gmail.com

Recibido el 18 de agosto de 2019.

Aceptado para su publicación el 20 de octubre de 2019.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer el uso de las consultas telefónicas no urgentes en medicina de familia, perfil de usuario y factores asociados a su utilización. Comprobar motivos, idoneidad de las llamadas y capacidad de resolución.

**Diseño:** Estudio descriptivo transversal.

**Emplazamiento:** Zona Básica de Salud urbana.

**Participantes:** Todas las llamadas realizadas por  $\geq 14$  años incluidas en la agenda de consulta telefónica no urgente de tres cupos médicos, durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2017.

**Mediciones Principales:** Proporción de consultas telefónicas no urgentes respecto al total, cuantificación de los sujetos, idoneidad de las llamadas y capacidad de resolución. Variables independientes: perfil del usuario (sociodemográficas, Índice de Charlson, polimedición y uso de servicios sanitarios) y motivos. Análisis multivariante para determinar posibles factores asociados al uso de las llamadas.

**Resultados:** De 6050 citas atendidas, 259 fueron telefónicas (4,28 %; IC95 %: 3,80-4,82) de 184 sujetos. Edad media de 64,6 años (DE: 20,1). El 69,6 % mujeres. Presentaban Índice de Charlson severo el 10,3 %, consumían  $\geq 5$  fármacos el 59,2 %. Hubo 294 motivos: renovación de recetas (45,9 %) y consultas clínicas (20,9 %, sobre todo osteomusculares). Se resolvieron el 80,5 % de los motivos. Consultas idóneas fueron 211 (81,5 %). Mediante análisis multivariante realizar  $\geq 2$  llamadas se asoció de modo independiente con: menor número de pacientes visitados/día de la llamada (OR:1,1; p=0,044), mayor número de fármacos usados (OR=1,25; p=0,006) y mayor número de ingresos hospitalarios/último año (OR=2,93; p=0,021).

**Conclusiones:** En nuestro entorno las consultas telefónicas no urgentes representan una proporción baja de la actividad del médico de familia. Sin embargo, parecen tener elevada idoneidad y capacidad de resolución. Sería necesario cuantificar su impacto en la demanda presencial.

**PALABRAS CLAVE:** Consulta a Distancia. Teléfono. Atención Primaria.

## ABSTRACT

**What do patients call for? Evaluation of non-urgent telephone consultations in Primary Care.**

**Objective:** To assess the use of non-urgent telephone consultations in family medicine, the user profile, and the factors associated with its use. To check reasons, suitability of phone calls and resolution capacity.

**Design:** Descriptive, cross-sectional study.

**Location:** Urban Primary Healthcare Area.

**Participants:** All phone calls made by persons  $\geq 14$  years old included in the non-urgent telephone consultation schedule of three doctor's rosters, during September, October and November 2017.

**Main measures:** Proportion of non-urgent phone consultations to total calls, quantification of persons, suitability of phone calls, and resolution capacity. Independent variables: user profile (socio-demographic characteristics, Charlson Index, polypharmacy, and use of healthcare services) and reasons for the call. Multivariate analysis to determine possible factors associated with the use of telephone calls.

**Results:** 259 out of 6,050 consultations were telephone calls (4.28%; 95% CI: 3.80-4.82) from 184 persons. The average age was 64.6 (SD: 20.1), 69.6% women. 10.3% presented severe Charlson Index, 59.2% used  $\geq 5$  drugs. There were 294 reasons: prescription renewal (45.9%) and clinical consultations (20.9%, especially musculoskeletal). 80.5% of reasons were resolved. 211 were suitable consultations (81.5%). Through multivariate analysis, making  $\geq 2$  calls was independently associated with: lower number of patients seen/day of the call (OR: 1.1; p=0.044), higher number of drugs used (OR: 1.25; p=0.006), and higher number of hospital admissions/last year (OR: 2.93; p=0.021).

**Conclusions:** In our environment, non-urgent telephone consultations represent a low proportion of the family doctor's activity. However, they seem to have high suitability and resolution capacity. It would be necessary to quantify their impact on face-to-face consultations.

**KEY WORDS:** Remote Consultation. Telephone. Primary Care.

## INTRODUCCIÓN

La consulta telefónica no urgente en Atención Primaria se presenta a priori como una herramienta de utilidad para múltiples procesos: seguimiento de pacientes crónicos, soporte para los cuidadores, resolución de dudas o una oportunidad para revisar la historia del paciente sin la presión asistencial. Aunque su organización puede variar según cada centro de salud, mantiene como característica común la posibilidad de llamadas no urgentes por parte de los pacientes, que son registradas en los huecos disponibles en las agendas de los médicos como consulta telefónica. Es decir, supone la presencia de tres requisitos para su definición: agenda preestablecida como consulta telefónica, por tanto no presencial, conocimiento por parte de los pacientes de su existencia y su gestión por el médico habitualmente en un horario distinto a la demanda. Como es lógico las consultas urgentes son derivadas directamente al profesional para su gestión inmediata y no estarían incluidas en este concepto. Este tipo de consultas puede plantear problemas ético-legales, ya que debemos conciliar el interés del paciente/cuidador y ser facilitadores, pero, por otra parte, debemos estar muy seguros de cuándo y a quién dar información. Así mismo, los motivos sobre problemas de salud quedan limitados por la no presencia física y sus riesgos a la hora de realizar la valoración de las situaciones planteadas por los pacientes. Esto hace que muchos profesionales tiendan globalmente a rechazarlas<sup>1</sup>.

En el entorno anglosajón existe más experiencia con su uso. En Reino Unido, en el periodo 2008-09 representaban un 12 % del total de consultas realizadas en atención primaria. En los Estados Unidos hasta un cuarto de los contactos en Atención Primaria son por teléfono. Estas consultas corresponden mayoritariamente al seguimiento de problemas de salud agudos y crónicos, solicitudes de información sobre tratamientos o efectos de tratamientos administrados y consultas de tipo burocrático<sup>2,3</sup>. Durante los últimos años se ha alentado su uso, sin embargo, la experiencia acumulada ha tenido poco impacto en la práctica general. Además, su rentabilidad es aún controvertida, potencialmente podría reducir la carga de trabajo del médico de familia. En este sentido, hay estudios que evalúan el uso del servicio, costes, seguridad y satisfacción de profesionales y usuarios<sup>4,5</sup>. La evidencia disponible, tanto en términos de efectividad como de eficiencia, es limitada, aunque se sugiere beneficios en ambos aspectos<sup>6</sup>. Parece que los profesionales valoran especialmente la conveniencia y flexibilidad que ofrece el teléfono, sobre todo porque estos contactos pueden facilitar el seguimiento regular, tanto de paciente crónicos como agudos y, en algunos casos, obviar la necesidad de visitas a domicilio. Otros autores, sin embargo, ponen de manifiesto dudas sobre su uso en base a los riesgos potenciales de pasar inadvertidos problemas de salud importantes<sup>6</sup>.

En nuestro entorno, la implementación sistemática

de este tipo de consultas con espacios propios en las agendas de profesionales de los Equipos de Atención Primaria (EAP) parece no estar suficientemente desarrollada. En este contexto, el objetivo de este estudio fue conocer la frecuencia y proporción de uso de las consultas telefónicas no urgentes, perfil de usuario y factores asociados a su utilización. Así mismo, se comprobó los motivos de consultas, la idoneidad de las llamadas y la capacidad de resolución de los profesionales.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en una zona básica de salud de la ciudad de Albacete, con una población asignada mayor de 14 años de 11.122 personas. Se consideraron tres cupos médicos con gestión de agenda abierta de consultas telefónicas no urgentes: 4.578 personas mayores de 14 años, por tanto, potenciales usuarios durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2017. Se excluyeron las llamadas urgentes y las no incluidas dentro de la agenda específica del profesional. Las consultas aparecen en el registro de las historias clínicas individuales informatizadas (aplicación del SESCOAM para Atención Primaria "TURRIANO"). El personal sanitario (médicos de familia y residentes de medicina familiar y comunitaria) fue el encargado de cumplimentar los cuestionarios, previo entrenamiento con el uso del mismo. Se realizó una prueba piloto en 6 individuos para establecer la claridad de las preguntas e instrucciones contenidas en el cuestionario, identificar la información duplicada y registrar el tiempo necesario para completarlo. El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete, código número: 2018/01/018.

Como variables dependientes se evaluaron: proporción de consultas telefónicas no urgentes sobre el total de consultas de las agendas médicas incluidas en el estudio (se excluyeron las administrativas no presenciales) y cuantificación de sujetos que las realizan y uso repetido en el periodo de estudio. Se consideró como consulta resuelta si se solucionó el motivo de la llamada, según registro en la historia clínica, y no resuelta cuando conllevaba la necesidad de una cita en consulta presencial, no respuesta a la llamada o no constatable. La consulta fue valorada como no idónea para su abordaje por teléfono si no se podía identificar al interlocutor, el motivo no era subsidiario de abordaje telefónico o se solicitaban recetas inducidas o no pertinentes. Las variables independientes estudiadas fueron las siguientes: frecuencia de llamadas por días de la semana y por paciente, los motivos de la misma y aquellas determinantes del perfil del usuario. Estas incluyeron: sociodemográficas (edad y sexo), uso de polimedición crónica (5 o más fármacos de uso crónico en registro de receta electrónica, según clasificación anatomoterapéutica), Índice de Comorbilidad de Charlson en su versión abreviada (se consideró ausencia de comorbilidad entre 0 y 1 puntos, comorbilidad baja cuando el índice es 2 y

alta cuando es igual o superior a 3 puntos), otros problemas de salud registrados (según clasificación CIE-9) y frecuentación en Atención Primaria y Atención Hospitalaria en el último año.

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 19.0. Se realizó el análisis descriptivo y se calculó la frecuencia y proporción de uso de las consultas telefónicas y su correspondiente intervalo de confianza del 95 %. Para la caracterización del perfil de usuario de las consultas se llevó a cabo análisis bivariados, con el test de  $\chi^2$  o el test exacto de Fisher (variables categóricas). Se utiliza un nivel de significación de  $\alpha = 0,05$ . Mediante análisis multivariante (regresión logística) se comprobó la relación del uso repetido de llamadas y la idoneidad de las consultas con sus posibles factores condicionantes, se realiza un ajuste estadístico mediante la inclusión controlada de las variables, comprobando si hay factores de confusión, y se elimina del modelo las variables que no producen un cambio importante de la odds ratio (OR).

## RESULTADOS

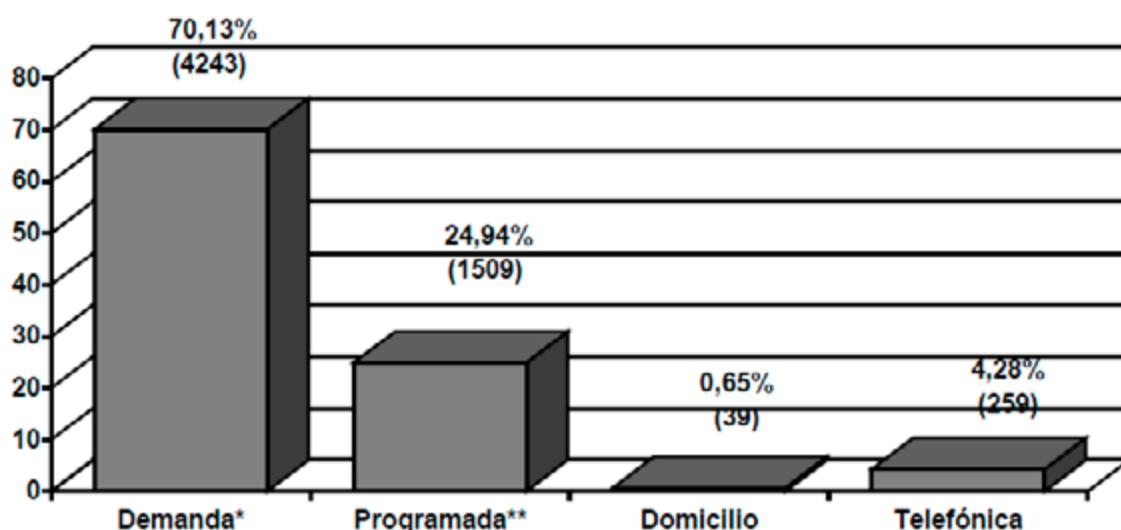
De un total de 6050 consultas atendidas, 259 fueron telefónicas (4,28 %; IC95 %: 3,80-4,82) como se describe en la figura 1, las cuales fueron incluidas en el estudio.

Las llamadas fueron realizadas por 184 sujetos del total de 4.578 pacientes de los cupos médicos evaluados (4,01 %; IC95 %: 3,49-4,63). La edad media de los sujetos fue de 64,6 años (DE: 20,1) y la proporción de mujeres del 69,6 %. En la tabla 1 se describe el perfil del usuario de las consultas telefónica no urgentes.

La media de llamadas por usuario fue de 1,4 (DE: 0,7), el 16,3 % de los sujetos realizó 2 llamadas en el periodo de estudio y un 6,5% 3 o más. Por día evaluado se recibió una media de 4,7 (DE: 0,4) consultas telefónicas, 5 o más llamadas sucedió en el 29 % de los casos. Los lunes fueron los días de la semana con más llamadas recibidas (24,3 %) y los viernes los que menos (15,4 %). Se contactó con el propio paciente en el 44,4% de las consultas y en el 15,8 % con un cuidador familiar (cónyuge, hijo/a u otro), aunque no constaba registro de la persona que respondía en el 38,6 % de casos. Se registraron un total de 292 motivos de consulta con una media de 1,1 (DE: 0,3) motivo por llamada, es decir en el 86,5 % (224 de los casos) contenían un solo motivo. Los motivos se muestran en la figura 2. Y en la tabla 2 se describen específicamente las consultas clínicas.

En el 80,5 % de casos (235) se resolvieron las consultas planteadas por los pacientes y sólo un 7,5 % (22 consultas) determinaron una cita presencial. Fueron consideradas consultas idóneas el 81,5 % (211), no idóneas en 13 casos (5 %), fundamentalmente por tratarse de motivos no resolubles por vía telefónica o solicitar recetas inducidas no pertinentes, y en las restantes no fue posible constatar la idoneidad (13,5 %), según los criterios establecidos.

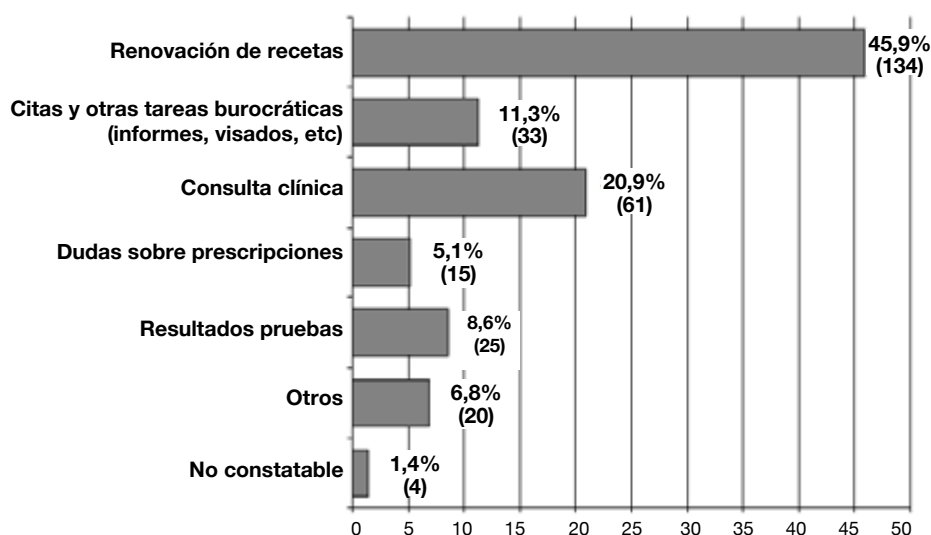
Ninguna de las variables consideradas en nuestro estudio se asoció de manera significativa con el uso idóneo/no idóneo de las consultas telefónicas no urgentes. Sin embargo, mediante análisis bivariante el uso repetido de las consultas ( $\geq 2$  llamadas por sujeto en el periodo de estudio) se relacionó especialmente con la comorbilidad severa y



**Figura 1.** Proporción de consultas durante el periodo de estudio (N=6050). \*Consulta solicitada por el paciente. \*\*Consulta asignada por un profesional del Equipo de Atención Primaria

Características de los usuarios	n (%)	Media (DE)
<b>Edad</b>		64,6 años (20,1)
- ≥ 65 años	98 (53,3)	
- < 65 años	86 (46,7)	
<b>Sexo</b>		
- Mujeres	128 (69,6)	
- Hombres	56 (30,4)	
<b>Problemas de salud</b>		5,2 (3,0)
- ≥ 3 problemas de salud	143 (77,7)	
- < 3 problemas de salud	41 (22,3)	
<b>Índice de Comorbilidad de Charlson</b>		1,2 (0,7)
- ≥ 3 puntos	19 (10,3)	
- 2 puntos	19 (10,3)	
- < 2 puntos	146 (79,4)	
<b>Número de fármacos de uso habitual</b>		5,7 (3,8)
- ≥ 5 fármacos	109 (59,2)	
- < 5 fármacos	75 (40,8)	
<b>Frecuencia de visitas hospitalarias*</b>		5,1 (6,4)
- ≥ 6 visitas	54 (29,3)	
- < 6 visitas	130 (70,7)	
<b>Frecuencia de visitas al médico de familia*</b>		11,2 (8,2)
- ≥ 12 visitas	64 (34,8)	
- < 12 visitas	120 (65,2)	

**Tabla 1.** Perfil del usuario de consultas telefónicas no urgentes. \*Número de visitas en el último año.



**Figura 2.** Distribución de los motivos de consulta no urgente (N=292)

con la polimedicación como aparece descrito en la tabla 3.

Aunque mediante análisis multivariante las variables potencialmente asociadas de modo independiente con el uso repetido de llamadas por sujeto

( $\geq 2$  llamadas) fueron: menor número de pacientes visitados el día de la llamada (visitas presenciales, que incluyen consultas a demanda, programadas y domicilios), mayor número de fármacos prescritos y mayor número de ingresos hospitalarios en el último año como se indica en la tabla 4.

	n (N=61)	% (100)
<b>Cardiovasculares</b>	10	16,4
<b>Respiratorias</b>	6	9,8
<b>Gastrointestinales</b>	7	11,5
<b>Genitourinarias</b>	10	16,4
<b>Osteomusculares</b>	12	19,7
<b>Diabetes mellitus</b>	1	1,6
<b>Otras</b>	11	18,0
<b>No consta</b>	4	6,6

**Tabla 2.** Consultas clínicas en las llamadas telefónicas no urgentes

Variables	Diferencia de proporciones $\geq 2$ llamadas vs 1 llamada		p
<b>Edad</b> $\geq 65$ años	32%	12,9%	0,002
<b>Índice de comorbilidad de Charlson</b> $\geq 3$ puntos (severidad)	63,2%	18,2%	<0,0001
<b>Polimedicación</b> $\geq 5$ fármacos	33%	8%	<0,0001
<b>Frecuencia de uso servicios hospitalarios en el último año</b> $\geq 12$ visitas	48%	18,9%	0,001

**Tabla 3.** Variables asociadas con el uso repetido de consultas telefónicas no urgentes

Variables	OR	IC 95%	p
<b>Mayor número de ingresos hospitalarios en el último año</b>	2,93	1,17 - 7,24	0,021
<b>Mayor número de fármacos prescritos</b>	1,25	1,06 - 1,47	0,006
<b>Menor número de pacientes visitados el día de la llamada</b>	1,10	1,02 - 1,18	0,044

**Tabla 4.** Variables asociadas con el uso repetido de llamadas mediante análisis multivariante

## DISCUSIÓN

La frecuencia de uso de consultas telefónicas no urgentes en nuestro estudio fue del 4,2 % de total de las consultas atendidas. Esta proporción es próxima a la obtenida en un estudio español con un período de seguimiento mucho más amplio<sup>7</sup> (4,9 %) pero inferior a la constatada por otros autores tanto españoles como internacionales. En Galicia, un estudio de características similares al nuestro obtiene una utilización del 16,1 %<sup>1</sup> y cuando se ha evaluado población pediátrica alcanza el 15,5 %<sup>8</sup>. Sin embargo, en el caso gallego contaban con un programa de agenda para consultas telefónicas implantado desde hacía tres años y en el estudio pediátrico se trataba de un instrumento de triage, que incluía también consultas urgentes. En nuestro medio, el uso de la consulta telefónica presenta elevada variabilidad por la autonomía de los centros de salud, y los profesionales de cada centro, para generar huecos específicos en las agendas y para la gestión de las llamadas, habitualmente no organizados como tales. Este tipo de atención no presencial sistematizado ha presentado un mayor desarrollo en países anglosajones. En Estados Unidos, las llamadas telefónicas constituyen del 15 % al 28 % de la asistencia en centros de Atención Primaria, y en algunos casos alcanzan el 45 % en la práctica pediátrica<sup>9</sup>. En el mismo sentido, en el Reino Unido se ha pasado del 3 % en el período de 1995/96 al 12 % en 2008/09<sup>3</sup>. Este incremento puede explicarse por el aumento de la demanda asistencial general y la necesidad de buscar recursos que permitan disminuir la atención presencial. Aunque algunos estudios confirman reducciones del número de consultas y visitas a domicilio<sup>3,10,11</sup>, parece que este servicio no disminuye la carga de trabajo total sino que produce una redistribución de la misma<sup>12</sup>.

La edad media de los usuarios de nuestro estudio es algo mayor a la indicada en otros, pero existe coincidencia en el predominio de mujeres que solicitan este tipo de atención, entre el 60-65 %, tanto en estudios nacionales como internacionales<sup>1,5,7,9</sup>. Estos factores podrían estar asociados a mayor comorbilidad, polimedicación y uso de servicios sanitarios. De hecho, aunque sólo el 4 % de los pacientes de los cupos evaluados utilizaron este servicio, casi el 20 % realizaron 2 o más llamadas durante el período de estudio. Este uso repetido de las consultas telefónicas se asoció a pacientes con mayor prescripción de fármacos y con mayor número de ingresos hospitalarios, situaciones que posiblemente conlleven motivos frecuentes de consulta telefónica. Así mismo, la media de llamadas por día fue relativamente elevada, presentando mayor incidencia los lunes, día en el que generalmente se acumulan consultas administrativas generadas por atención a servicios de urgencias los fines de semana.

En nuestro estudio, los motivos de consultas corresponden mayoritariamente a la resolución de cuestiones burocráticas, sobre todo renovación

de medicación crónica mediante receta electrónica. Sin embargo, en algo más de un tercio de los casos se consultaron motivos clínicos (dolores osteomusculares, cardiovasculares en relación con la hipertensión arterial o genitourinarios básicamente cistitis) y dudas relacionadas con prescripciones o pruebas complementarias. Resultados similares son obtenidos por estudios comparables en nuestro país en población adulta<sup>1,7</sup> y, como era previsible, en población pediátrica predominan las consultas clínicas<sup>13</sup>. En entornos anglosajones se reporta con más frecuencia el uso de la consulta telefónica por motivos clínicos, que incluye el abordaje de problemas agudos<sup>14</sup> (dolor lumbar, cefalea, cuadro catarrales, fiebre y cistitis en mujeres), seguimiento de procesos crónicos (insuficiencia cardíaca<sup>15</sup>, problemas de salud mental<sup>16</sup>, diabetes<sup>17,18</sup> o tras atención en urgencias o altas hospitalarias<sup>18-20</sup>).

Coincidimos con algunos autores, tanto de nuestro país<sup>13</sup> como internacionales<sup>4,9</sup>, en la capacidad de resolución y la idoneidad habitual de las consultas telefónicas, en torno al 80 % de las mismas. En otros estudios esta capacidad de resolución apenas ha llegado al 50 %<sup>11</sup> y con resultados muy irregulares en términos de efectividad, seguridad y satisfacción<sup>6</sup>. Se han descrito mejoras en aspectos como la resolución segura de cistitis en mujeres<sup>14</sup>, disminución de tasas de readmisión tras alta de ingresos por insuficiencia cardíaca<sup>15</sup> o aumento de satisfacción y disminución de citas perdidas<sup>18,20</sup>. Respecto a la idoneidad en un estudio con criterios similares a los nuestros, apenas alcanza el 55 %<sup>1</sup> aunque por motivos parecidos a los detectados por nosotros: solicitud de prescripción inducida inadecuada, problemas no abordables mediante llamada telefónica y, además, no identificar al usuario. En cualquier caso, en nuestro estudio solo en el 7,5 % de las llamadas se generó una cita presencial. Si bien parecen existir pruebas sobre la capacidad resolutoria y satisfacción con el uso de la consulta telefónica, especialmente para determinados motivos clínicos y administrativos, no está claro su impacto en la disminución de visitas presenciales, como se ha señalado lo que parece que se produce es un cambio en la distribución del contenido del trabajo diario<sup>4,6,10-12,21</sup>. La respuesta a la llamada conlleva un espacio en la agenda del profesional, un tiempo para realizarla, recibir y analizar el motivo o los motivos de consulta y el tiempo para su resolución, que en ocasiones puede suponer una cita presencial, y dejar constancia de todo ello en la historia clínica. Además, como es el caso de nuestro estudio, las llamadas se resolvieron por parte del profesional en el mismo día en el que se realizaron. Aun así, por las características de nuestro estudio resulta complejo evaluar adecuadamente esta variable, es decir determinar el impacto de este tipo de consultas en el resto de la actividad diaria de los médicos de familia, especialmente en las visitas presenciales. El análisis multivariante nos relaciona haber realizado 2 o más llamadas con menor número de visitas en el día. Deducir de esta asociación que haber realizado más llamadas determina menos visitas sería arries-

gado. A priori, lo esperable podría ser también la asociación inversa de un más elevado número de pacientes visitados con más llamadas de pacientes, que habitualmente utilizan el teléfono como forma de consultar y evitar la demora en las citas. Y ello, especialmente por motivos resolubles mediante estas consultas: cuestiones burocráticas, dudas, resultados pruebas... El hallazgo en el sentido contrario, resulta difícil interpretar como efecto del servicio de consulta telefónica dado el diseño de nuestro estudio, transversal y descriptivo, sin poder, por tanto, establecer relaciones causales.

Así mismo, la capacidad de resolución resulta difícil de considerar con estudios como el nuestro. Sería necesario un seguimiento en el tiempo de la evolución de los motivos de consulta para valorar la resolución final de los mismos o la carga de trabajo que hayan podido generar, lo cual no ha sido posible evaluar. Del mismo modo, la idoneidad de las llamadas se establece en base a criterios subjetivos, que dificulta la generalización o comparación de nuestros datos. En este sentido, debemos tener en cuenta los problemas de confidencialidad que puede suponer este tipo de consultas. En nuestro estudio, sólo fue posible determinar contacto directo con el paciente en menos del 50 % de llamadas. En estas situaciones se pueden plantear problemas de privacidad de la información y seguridad de las decisiones que se puedan tomar sin el paciente como interlocutor directo de la llamada cuando sus condiciones físicas y/o psíquicas lo permitan. Las pruebas disponibles son escasas, aunque parece que el uso de tipo de consulta no aumenta los efectos adversos sobre los usuarios<sup>11</sup> serían necesarios más estudios para confirmar la seguridad de su uso generalizado.

Por tanto, en nuestro entorno las consultas telefónicas no urgentes representan una proporción pequeña de la actividad del médico de familia. Pese a las limitaciones metodológicas inherentes al tipo de estudio realizado, parecen tener suficiente idoneidad y capacidad de resolución, tanto de problemas burocráticos como clínicos. Los usuarios más frecuentes parecen ser los pacientes polimedicados y con comorbilidad severa y antecedentes de ingresos hospitalarios. Serían necesarios estudios que evaluarán el impacto de estas consultas en la demanda presencial, la satisfacción de los usuarios y la seguridad de estas y otras intervenciones telemáticas.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFIA

1. Modroño Freire MJ, Vílchez Dosantos S, Rodríguez Gómez S. Consulta telefónica no urgente en atención primaria. *Cad Aten Primaria* 2016;22 (extra):14-8.
2. Toon PD. Using telephones in primary care. *BMJ*. 2002;324 (7348):1230-1.
3. Khan MN. Telephone consultations in primary care, how to improve their safety, effectiveness and quality. *BMJ Quality Improvement Reports* 2013; u202013.w1227 doi: 10.1136/bmjquality.u202013.w1227.
4. Campbell JL, Fletcher E, Britten N, Green C, Holt T, Lattimer V, et al. Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): a cluster-randomised controlled trial and cost-consequence analysis. *Lancet* 2014; 384(9957): 1859–1868.
5. Holt TA, Fletcher E, Warren F, Richards S, Salisbury C, Calitri R, et al. Telephone triage systems in UK general practice: analysis of consultation duration during the index day in a pragmatic randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2016;66(644):e214-8.
6. Car J, Sheikh A. Telephone consultations. *BMJ*. 2003;326 (7396): 966-9.
7. García Granja N, García Ramón E, Hidalgo Benito A, Hernández Carrasco M, de la Fuente Ballesteros SL, García Álvarez I. Implantación de una consulta telefónica a demanda en atención primaria. *Med Gen Fam*. 2018; 7(2): 51-54.
8. Mendiola Ruiz R, Gondra Sangroniz L, Ormaechea Goiri V, Martínez Eizaguirre JM, Tadeo Múgica A, Bretos Paternain C, et al. Triage telefónico en Atención Primaria. Análisis de la implantación de un modelo. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2014;16:205-10.
9. Studdiford JS 3rd, Panitch KN, Snyderman DA, Pharr ME. The telephone in primary care. *Prim Care*. 1996;23:83-102.
10. Chapman JL, Zechel A, Carter YH, Abbott S. Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care. *Br J Gen Pract*. 2004;54(502):374–81.
11. Bunn F, Byrne G, Kendall S. The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2005; 55: 956–961.
12. McKinstry B, Walker J, Campbell C, Heaney D, Wyke S. Telephone consultations to manage requests for same-day appointments: a randomised controlled trial in two practices. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 306–310.
13. Monsalve Saiz M, Peñalba Citores AC, Lastra Gutiérrez S. La consulta telefónica en Atención Primaria, ¿está justificada? *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2013;15:329-31.
14. Barry HC, Hickner J, Ebell MH, Ettenhofer T. A randomized controlled trial of telephone management of suspected urinary tract infections in women. *J Fam Pract* 2001;50:589-94.
15. Riegel B, Carlson B, Kopp Z, LePetri B, Glaser D, Unger A. Effect of a standardized nurse case-management telephone intervention on resource use in patients with chronic heart failure. *Arch Intern Med* 2002; 162:705-12.
16. Simon GE, VonKorff M, Rutter C, Wagner E. Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *BMJ* 2000; 320:550-4.
17. Piette JD, Weinberger M, McPhee SJ. The effect of automated calls with telephone nurse follow-up on patient-centered outcomes of diabetes care: a randomized, controlled trial. *Med Care* 2000;38:218-30.
18. Balas EA, Jaffrey F, Kuperman GJ, Boren SA, Brown GD, Pinciroli F, et al. Electronic communication with patients: evaluation of distance medicine technology. *JAMA*

- 1997;278:152-9.
19. Touyz LZ, Marchand S. The influence of postoperative telephone calls on pain perception: a study of 118 periodontal surgical procedures. *J Orofac Pain* 1998;12:219-25.
  20. Dudas V, Bookwalter T, Kerr KM, Pantilat SZ. The impact of follow-up telephone calls to patients after hospitalization. *Dis Mon* 2002;48:239-48.
  21. Downes MJ, Mervin MC, Byrnes JM, Scuffham PA. Telephone consultations for general practice: a systematic review. *BMC Syst Rev* 2017;6:128