



Sociedad Española  
de Reumatología -  
Colegio Mexicano  
de Reumatología

# Reumatología Clínica

[www.reumatologiaclinica.org](http://www.reumatologiaclinica.org)



Original breve

## Impacto de la COVID-19 en la consulta de enfermería reumatológica

Susana P. Fernández Sánchez<sup>a</sup>, Fermín Rodríguez Muñoz<sup>b</sup>, Ana Laiz<sup>a,c</sup>, Ivan Castellví<sup>a,c</sup>,  
Berta Magallares<sup>a</sup> y Héctor Corominas<sup>a,c,\*</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Reumatología y Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

<sup>b</sup> Enfermería de Consultas Externas, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

<sup>c</sup> Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona, España



### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 7 de noviembre de 2020

Aceptado el 10 de febrero de 2021

On-line el 27 de febrero de 2021

#### Palabras clave:

Enfermería reumatológica

Actividad

Pandemia

COVID-19

Impacto

### R E S U M E N

**Objetivo:** Comparar el cambio en la actividad asistencial realizada en una consulta de enfermería reumatológica antes y durante la pandemia.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo y observacional de 254 pacientes consecutivos antes y 251 durante.

**Resultados:** El tipo de visita programada presencial disminuyó durante la COVID-19 (46,5% vs. 1,6%), aumentando la visita programada telefónica (2,8% vs. 52,2%) y las consultas espontáneas a través del teléfono o email (28,3% vs. 45%). Las funciones realizadas en las programadas fueron el control del paciente estable (20% vs. 37%) y la gestión (12% vs. 38%). El motivo de consulta espontánea incrementó durante la COVID-19, sobre todo: dudas respecto a medidas de prevención y optimización de tratamiento (13,8% vs. 31,1%).

**Conclusiones:** La primera ola de la COVID-19 generó en la consulta de enfermería un incremento global de todas las actividades: en el número de visitas/día, en el número de controles de pacientes estables, en gestión y en la resolución de dudas.

© 2021 Publicado por Elsevier España, S.L.U.

## Impact of the COVID-19 Pandemic on Rheumatology Nursing Consultation

### A B S T R A C T

**Objective:** The COVID-19 pandemic has brought major changes to the model of patient care in Rheumatology. Our aim was to compare the change in the care delivered in a rheumatology nursing consultation before and during the pandemic.

**Material and methods:** Descriptive and observational study in 254 patients before and in 251 during the pandemic outbreak.

**Results:** The type of scheduled face-to-face visit decreased during COVID-19 (46.5% vs. 1.6%), with the number of scheduled telephone visits increasing (2.8% vs. 52.2%) and spontaneous consultations over the phone or email (28.3% vs. 45%). The functions performed in the programmed ones were the stable patient control (20% vs. 37%) and management (12% vs. 38%). The reason for spontaneous consultation increased during COVID-19, especially doubts regarding prevention measures and treatment optimization (13.8% vs. 31.1%).

**Conclusions:** The first wave of COVID-19 brought to rheumatology nursing consultation a global increase in all activities in the number of visits per day, in the number of stable patient controls, in monitoring and answering patient concerns.

© 2021 Published by Elsevier España, S.L.U.

#### Keywords:

Rheumatology nursing

Activity

Outbreak

COVID-19

Impact

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [vancor@yahoo.com](mailto:vancor@yahoo.com) (H. Corominas).

## Introducción

La pandemia ocasionada por la COVID-19 está siendo un test de estrés para los sistemas sanitarios de todo el mundo. Estudios sobre el impacto en el colectivo de enfermería a nivel mundial destacan que repercute en 4 aspectos: un aumento de la carga laboral, en su salud (con una alta morbilidad), en un déficit de formación continuada y en una oportunidad en la que enfermería ha podido brindar una atención de calidad<sup>1-3</sup>.

El 14 de marzo de 2020 entró en vigor un período de confinamiento estricto para la población española debido a la primera ola de la pandemia. Todos los profesionales de reumatología hospitalaria tuvieron que adaptarse a esta nueva situación, incluyendo enfermería reumatológica, presente en nuestro país desde 1980<sup>4</sup>. El modelo de visita pasó a ser básicamente no presencial, y las actividades de enfermería reconocidas nacionalmente<sup>5,6</sup> se moldearon según la necesidad de los servicios de reumatología e incluso según las necesidades del propio hospital. La atención de enfermería en forma no presencial ya existía en las unidades de reumatología de nuestro país mucho antes de la pandemia. Esta atención no presencial podía estar programada en la agenda de enfermería, o bien ser realizada de forma espontánea o a demanda por parte del paciente<sup>7</sup>.

El objetivo del presente trabajo es describir y comparar la actividad realizada en una consulta monográfica de enfermería reumatológica de larga trayectoria de un hospital universitario antes y durante la primera ola de la pandemia COVID-19. Este es el primer estudio sobre la repercusión de la COVID-19 en una consulta específica de enfermería reumatológica.

## Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo y observacional. Se registraron de forma consecutiva los motivos de consulta de 254 pacientes de la consulta monográfica de enfermería reumatológica de un hospital universitario antes de la COVID-19, y 251 pacientes durante la pandemia de la COVID-19. Las variables demográficas de los pacientes fueron la edad, el sexo y la patología reumática. También se incluyeron variables relacionadas con la forma en la que se llevaba a cabo la actividad: presencial o no presencial (a través del teléfono o del correo electrónico), y sobre el contenido de la actividad de enfermería realizada al paciente: 1) programado en la agenda: educación, procedimientos, control del riesgo cardiovascular, revisión de vacunas, control analítico, control de pacientes estables, curas o gestión, y 2) de las consultas espontáneas/a demanda: brote de su enfermedad, efectos secundarios de los tratamientos, activación de tratamientos, dudas y temas administrativos.

Los datos se introdujeron en una base de datos para su análisis estadístico. Para las variables cuantitativas se calculó la media y su desviación típica. El nivel de significación estadística fue de  $p < 0,05$ . Para las comparaciones de las proporciones se emplearon tablas de contingencia y la inferencia mediante el test de chi-cuadrado (razón de verosimilitud). Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS 26.0.

## Resultados

Los 254 pacientes que se recogieron antes de la COVID-19 correspondieron a 20 días laborables (del 16 octubre al 21 de noviembre de 2019), mientras que los 251 pacientes recogidos durante la COVID-19 se obtuvieron en 10 días (del 23 de marzo al 3 abril del 2020). La media de edad de los pacientes antes de la pandemia fue de  $61 \pm 17$  años versus  $57 \pm 18$  años durante la pandemia. El 74% de ambos grupos fueron mujeres. Las patologías atendidas con más frecuencia antes y durante la COVID-19 fueron la artritis reumatoide (AR) (41,7% versus 26,7%) y las espondiloartritis (18,9%

versus 18,4%). Se observó durante la COVID-19 un descenso en la atención a pacientes con AR y un aumento de consultas de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome de Sjögren y vasculitis (tabla 1).

El tipo de visita programada presencial disminuyó significativamente durante la COVID-19 (46,5% versus 1,6%) en las áreas de educación, procedimientos, revisión de vacunas, valoración de riesgo cardiovascular ( $p < 0,001$ ). No así en la realización de controles analíticos ( $p = 0,243$ ) y curas ( $p = 0,723$ ). Aumentó la visita programada no presencial —telefónica— (2,8% versus 52,2%) y las consultas espontáneas a través del teléfono o del email (28,3% versus 45%). El motivo más frecuente de las consultas espontáneas de los pacientes fueron las dudas: sobre medidas de protección frente a la COVID-19, el impacto de SARS-CoV-2 sobre la enfermedad reumática, la necesidad de la adherencia a los tratamientos inmunosupresores, la dispensación de tratamientos hospitalarios durante el confinamiento, dificultades de dispensación de hidroxiquina y otras dudas relacionadas con la dificultad de acceder a los centros de atención primaria.

Las funciones realizadas por el profesional de enfermería en las visitas programadas que se incrementaron durante la COVID-19 fueron el control del paciente estable (20% versus 37%) y la gestión (12% versus 38%) ( $p < 0,001$ ). El motivo de consulta espontánea (de forma telefónica o a través de email) que se incrementó significativamente durante la COVID-19 fueron las dudas (35 [13,8%] versus 78 [31,1%]) (tabla 2).

## Discusión

La atención por enfermería desde marzo de 2020 se ha visto claramente afectada por la pandemia COVID-19. El presente estudio muestra como la primera ola generó un aumento en la presión asistencial, un cambio en la forma de visitar y en la actividad realizada en una consulta monográfica de enfermería reumatológica. El incremento en el número de visitas de enfermería global atendidas (programadas/espontánea) al día fue debido a la situación de crisis provocada por la pandemia, a la situación de riesgo percibida por los pacientes (especialmente los tratados con inmunosupresores) y a la reorganización de nuestro servicio (reumatólogos de consultas externas fueran trasladados a atender pacientes COVID-19).

Un estudio realizado en el 2013 por el Grupo de Trabajo de Enfermería de la Sociedad Española de Reumatología (GTESER) sobre la actividad de enfermería de reumatología en España, y otro posterior realizado en 2019<sup>5,6</sup>, reflejan que las patologías más frecuentemente atendidas habitualmente en las consultas de enfermería fueron la AR y las espondiloartritis en situación de normalidad. Nuestros datos actuales también confirman que esta tendencia se repitió tanto antes como durante la pandemia. Desconocemos el motivo por el que la AR, a pesar de ser la más frecuente, también disminuyó su frecuencia durante la pandemia. Una posibilidad es que los pacientes que siguen un control estricto «T2T», habitualmente, presentan enfermedades de baja actividad inflamatoria y que la duración de la pandemia no representó, durante la primera ola (8 semanas, < 3 meses), una alteración franca de su estado inflamatorio<sup>8,9</sup>. Observamos que casi se triplicó el número de pacientes atendidos con LES ( $p < 0,001$ ), así como un incremento de motivos de consulta por síndrome de Sjögren ( $p < 0,001$ ) y vasculitis (NS) durante la COVID-19. Una hipótesis sería que el perfil de carga inflamatoria de enfermedades sistémicas con afectación multiorgánica como LES o vasculitis generó más miedo a la coexistencia del virus con la enfermedad, o también a los posibles efectos de los tratamientos inmunosupresores. Sin embargo, en LES y Sjögren objetivamos que el motivo principal fue debido a problemas en la dispensación de hidroxiquina y su gestión por parte de las oficinas de farmacia y farmacia hospitalaria.

**Tabla 1**

Análisis descriptivo de la muestra que se atiende habitualmente en la consulta monográfica de enfermería reumatológica antes y el observado durante la primera ola de la pandemia COVID-19

| Variables                        | Antes de la COVID-19<br>Media (DE) | Durante la COVID-19<br>Media (DE) | p <sup>a</sup> |
|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| Edad (años)                      | 61 (±17)                           | 57 (±18)                          | 0,053          |
|                                  | n (%)                              | n (%)                             |                |
| <b>Sexo</b>                      |                                    |                                   |                |
| Hombres                          | 66 (26)                            | 64 (25,5)                         | 0,919          |
| Mujeres                          | 188(74)                            | 187(74,5)                         | p <sup>b</sup> |
| <b>Diagnóstico reumatológico</b> |                                    |                                   |                |
| Artritis reumatoide              | 106 (41,7)                         | 67 (26,7)                         | <0,001         |
| Espondiloartritis                | 48 (18,9)                          | 46 (18,4)                         |                |
| Lupus eritematoso sistémico      | 10 (3,9)                           | 26 (10,4)                         |                |
| Esclerosis sistémica             | 16 (6,3)                           | 13 (5,2)                          |                |
| Vasculitis                       | 32 (12,6)                          | 42 (16,7)                         |                |
| S. Sjögren                       | 2 (0,8)                            | 19 (7,6)                          |                |
| Gota                             | 7 (2,8)                            | 5 (2)                             |                |
| Artrosis                         | 2 (0,8)                            | 0                                 |                |
| Fibromialgia                     | 0                                  | 0                                 |                |
| Osteoporosis                     | 11 (4,3)                           | 5 (2)                             |                |
| Otras                            | 20 (7,9)                           | 28 (11,2)                         |                |

DE: desviación estándar.

<sup>a</sup> Test de Fisher.<sup>b</sup> Chi-cuadrado (razón de verosimilitud).**Tabla 2**

Cambio observado en la frecuencia de las intervenciones realizadas por enfermería reumatológica antes y durante la pandemia

|                                 | Antes<br>254<br>n (%) | Durante<br>251<br>n (%) | p <sup>a</sup> |
|---------------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------|
| <b>Visitas programadas</b>      |                       |                         |                |
| <i>Educación</i>                |                       |                         |                |
| Presencial                      | 61 (35)               | 3 (42,9)                | 0,676          |
| No presencial                   | 10 (12,7)             | 15 (6,1)                | 0,073          |
| <i>Procedimientos</i>           |                       |                         |                |
| Presencial                      | 18 (10,3)             | 1 (14,3)                | 0,750          |
| No presencial                   | 2 (2,5)               | 0 (0)                   | 0,017          |
| <i>Control paciente estable</i> |                       |                         |                |
| Presencial                      | 49 (28,2)             | 0 (0)                   | 0,049          |
| No presencial                   | 2 (2,5)               | 93 (38,1)               | <0,001         |
| <i>Control analítico</i>        |                       |                         |                |
| Presencial                      | 24 (13,8)             | 0 (0)                   | 0,154          |
| No presencial                   | 2 (2,5)               | 34 (14)                 | 0,001          |
| <i>Revisión vacunas</i>         |                       |                         |                |
| Presencial                      | 38 (21,8)             | 0 (0)                   | 0,066          |
| No presencial                   | 0 (0)                 | 6 (2,5)                 | 0,065          |
| <i>Riesgo cardiovascular</i>    |                       |                         |                |
| Presencial                      | 40 (23)               | 0 (0)                   | 0,059          |
| No presencial                   | 2 (2,5)               | 0 (0)                   | 0,017          |
| <i>Curas</i>                    |                       |                         |                |
| Presencial                      | 4 (2,3)               | 4 (57,1)                | <0,001         |
| No presencial                   | 0 (0)                 | 1 (0,4)                 | 0,453          |
| <i>Gestión</i>                  |                       |                         |                |
| Presencial                      | 9 (5,2)               | 1 (14,3)                | 0,379          |
| No presencial                   | 22 (27,8)             | 96 (39,5)               | 0,058          |
| <b>Consultas espontáneas</b>    |                       |                         |                |
| <i>Presencial</i>               |                       |                         |                |
| Brote                           | 15 (5,9)              | 4 (1,6)                 | <0,001         |
| Efecto secundario               | 3 (1,2)               | 0 (0)                   |                |
| Activar tratamiento             | 1 (0,4)               | 1 (0,4)                 |                |
| Dudas                           | 5 (2)                 | 0 (0)                   |                |
| Administrativas                 | 4 (1,6)               | 0 (0)                   |                |
| <i>No presencial</i>            |                       |                         |                |
| Brote                           | 11 (4,3)              | 8 (3,2)                 | <0,001         |
| Efecto secundario               | 5 (2)                 | 2 (0,8)                 |                |
| Activar tratamiento             | 3 (1,2)               | 1 (0,4)                 |                |
| Dudas                           | 35 (13,8)             | 78 (31,1)               |                |
| Administrativas                 | 14 (5,5)              | 3 (1,2)                 |                |

<sup>a</sup> Chi-cuadrado (razón de verosimilitud).

El impacto de la primera ola de la COVID-19 transformó la forma de atención en las consultas externas. Servicios españoles de reumatología<sup>10</sup>, nefrología<sup>11</sup> y neurología<sup>12</sup> cambiaron casi totalmente su atención presencial a una forma no presencial (telefónica o telemática). En nuestro estudio las visitas programadas pasaron a realizarse de forma no presencial, básicamente de forma telefónica. La consulta espontánea no presencial (vía telefónica o vía email) se duplicó, debido probablemente a que el servicio mantuvo el número de teléfono habitual de enfermería y creó un email específico que fue divulgado por medio de redes sociales (Twitter, web corporativa) y por los administrativos del centro. Asimismo, el servicio planificó un plan piloto de telemedicina síncrona con cámara del Departament de Salut (Generalitat de Catalunya), que simplificó y priorizó el proceso de atención telemática como prueba piloto.

Actividades como la educación se redujeron en una cuarta parte debido a diferentes motivos, entre los que destaca que durante la primera ola de la pandemia no se pudieron realizar primeras visitas médicas presenciales. Para resolver este déficit, se realizaron vídeos para reforzar aspectos de educación como la técnica de administración de tratamientos subcutáneos de terapias biológicas o metotrexato. Actividades como la realización de procedimientos (extracción de sangre, PPD, test de Schirmer, cuestionarios o administración de tratamientos) y la visita de riesgo cardiovascular decrecieron de modo casi absoluto, debido al confinamiento total de la población.

Pallarés et al. describen esta nueva forma de atención no presencial como una oportunidad para el control de pacientes con enfermedades crónicas, destacando la buena aceptación de los pacientes y remarcando el papel clave de enfermería para estas actividades<sup>13</sup>. En este mismo sentido, autores como Tornero-Molina et al. consideran que los pacientes reumáticos pueden ser seguidos y evaluados mediante visitas no presenciales (telemedicina), obteniendo un grado importante de satisfacción para el paciente y el médico<sup>10</sup>. En nuestro estudio el control del paciente estable casi llegó a doblarse por vía telefónica, lo cual pudo ser para dar salida a pacientes que tenían controles médicos programados pero que no se pudieron realizar por el cierre de agendas médicas. La visita de control de vacunas se redujo en una sexta parte ya que muchas analíticas con revisión de serologías fueron anuladas. Además, se anularon todos los programas de vacunación de los pacientes temporalmente, con motivo de la reorganización del servicio de infecciosas.

Las curas por úlceras de pacientes con esclerosis sistémica se mantuvieron a pesar del estado de alarma, para dar respuesta a los pacientes que no pudieron contactar con atención primaria para el seguimiento. La gestión se duplicó por varios motivos; uno de ellos, el confinamiento, y el otro, la reorganización/reprogramación de agendas que supuso la pandemia.

A pesar de que el motivo más frecuente de consulta espontánea estuviera relacionado con la COVID-19, recientes datos sobre la gravedad de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes hospitalizados con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas o resultados de la cohorte BIOBADASER confirman que estos no presentaron una enfermedad por COVID-19 más severa a pesar de seguir una terapia inmunosupresora<sup>14</sup>.

Una debilidad de nuestro estudio es que evaluó el impacto de la COVID-19 en una sola consulta monográfica de enfermería reumatológica, lo que imposibilita generalizar sus resultados a otros servicios del Estado y aún más, dada la gran variabilidad en la actividad laboral de este colectivo dentro de reumatología.

La atención ofrecida por la enfermera especializada en nuestro centro ha sido una intervención eficaz y esencial durante la primera ola de la pandemia, realizando actividades como control del paciente estable, gestión y resolviendo dudas del paciente con patología reumática como AR, espondiloartritis, vasculitis y LES. Por

un lado, son necesarias más investigaciones que evalúen la satisfacción tanto del equipo como del paciente sobre la atención no presencial realizada por la enfermera especializada en reumatología, y por otro lado, estudios que evalúen la actividad de otras consultas de enfermería a nivel nacional. Además, son imprescindibles la elaboración de protocolos y guías que consensuen el trabajo realizado por estos profesionales a nivel nacional. La infección por SARS-CoV-2 ha demostrado ser una enfermedad multiorgánica que, desencadenada por un virus, puede producir una enfermedad grave con elevada morbilidad y potencialmente mortal por trombosis y/o síndrome de liberación de citocinas y distrés respiratorio<sup>15</sup>. Esta ha transformado por completo el perfil de asistencia de nuestros servicios y especialidades. A pesar de ello, no existe en la literatura reciente una descripción exhaustiva de cómo se ha visto afectada la atención de enfermería en reumatología.

En conclusión, la COVID-19 ha generado un aumento en la presión asistencial y un cambio en el tipo y en la actividad realizada en las consultas monográficas de enfermería. Esta actividad de enfermería en reumatología dentro de las unidades/servicios está todavía en fase de desarrollo, sin embargo, sigue siendo un recurso trascendental para mantener una atención de calidad durante las diferentes olas de la pandemia.

## Financiación

Este proyecto no ha recibido ningún tipo de financiación, ni pública, ni privada.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A todos los que componen el equipo de reumatología y enfermería del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau por su confianza y estímulo en la labor de enfermería reumatológica. A Ignasi Gich por toda su ayuda en el análisis estadístico.

## Bibliografía

- Lopez MJ, Majo HR. Situación de Enfermería en tiempos de COVID-19: Una mirada panorámica. JAH. 2020;3, <http://dx.doi.org/10.37958/jah.v3i3.50>.
- Padilha ML. From Florence Nightingale to the COVID-19 pandemic: the legacy we want. *Enferm.* 2020;29:e20200327, <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0327>.
- Martínez G, Zabalegui A, Sevilla S. Gestión y liderazgo de los servicios de enfermería en el plan de emergencia de la pandemia COVID-19: la experiencia del Hospital Clínic de Barcelona. *Enferm Clin.* 2020., <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.002>.
- Padró I, Benito P, Ciria M. Enfermería en reumatología: la realidad. *Rev Esp Reumatol.* 2001;28:201.
- Fernández SP, Rusiñol M, Padró I, Puytubi C, Laiz A, Moragues C, GTESEER. Actividad de la enfermera de reumatología en España. *Reumatol Clin.* 2017;13:4–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2016.02.007>.
- Fernández SP, Rusiñol M, Valencia L, Villaescusa R, Abad V, Serra M, et al. Actividad asistencial de 10 consultas monográficas de enfermería reumatológica. *Reumatol Clin.* 2020;16(Espec Cong):148.
- García S, Rodríguez AI, Carbonell A, Molina A, Mourinho C, Cano L, et al. Consulta no presencial en Reumatología dirigida por enfermería (eSalud). Estudio descriptivo nacional español. *Reumatol Clin.* 2019;15(Espec Cong):217.
- Smolen JS, Breedveld FC, Burmester GR, Bykerk V, Dougados M, Emery P, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis.* 2016;75:3–15, <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2015-207524>.
- Andréu JL, Martín MA, Corominas H, Pérez-Venegas JJ, Román-Ivorra JA, Sánchez-Alonso F, et al. Treat-to-target strategy in patients with rheumatoid arthritis: audit of adherence from real world clinical data. *Reumatol Clin.* 2019, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2019.10.006>.
- Tornero-Molina J, Sánchez-Alonso F, Fernández-Prada M, Bris-Ochaita ML, Sifuentes-Giraldo A, Vidal-Fuentes J. Telerreumatología en tiempos de crisis durante la pandemia por COVID-19. *Reumatol Clin.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2020.10.004>.

11. Soler MJ, Macía M, Ortiz A, del Pino MD, Salgueira M. Impacto de la pandemia COVID-19 en los servicios de Nefrología españoles. *Nefrología*. 2020;40:579–84, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2020.08.002>.
12. López-Bravo A, García-Azorín D, Belvís R, Gonzalez-Oria C, Latorre G, Santos S, et al. Impacto de la pandemia COVID-19 en la atención al paciente con cefalea en España: análisis de situación con una mirada al futuro. *Neurología*. 2020;35:372–80, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2020.05.006>.
13. Pallarés V, Górriz-Zambrano C, Llisterri JL, Górriz JL. La pandemia por la COVID-19: una oportunidad para cambiar la forma de atender a nuestros pacientes. *Semergen*. 2020;46(S1):3–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2020.05.002>.
14. Sanchez-Piedra C, Diaz-Torné C, Manero J, Pego-Reigosa JM, Rúa-Figueroa Í, Gonzalez-Gay MA, et al. Clinical features and outcomes of COVID-19 in patients with rheumatic diseases treated with biological and synthetic targeted therapies. *Ann Rheum Dis*. 2020;79:988–90, <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2020-217948>.
15. Domingo P, Mur I, Pomar V, Corominas H, Casademont J, de Benito N. The four horsemen of a viral Apocalypse: The pathogenesis of SARS-CoV-2 infection (COVID-19). *EBioMedicine*. 2020;58:102887, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ebiom.2020.102887>.