



EDITORIAL

La Atención Primaria de Salud: Más necesaria que nunca en la crisis del Coronavirus

Primary Health Care: More necessary than ever in the Coronavirus crisis

Juan Solera Albero¹, Pedro Juan Tárraga López²

¹ *Coordinador Médico Centro de Salud Zona 7 de Albacete. España*

² *Médico familia Centro de Salud Zona 5 de Albacete. Coordinador de Atención Primaria del Departamento de Ciencias Médicas de la Universidad de Castilla la Mancha. España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pitarraga@sescam.iccm.es (Pedro Juan Tárraga López).

Recibido el 16 de marzo de 2020; aceptado el 23 de marzo de 2020.

Cómo citar este artículo:

Solera Albero J, Tárraga López PJ. La Atención Primaria de Salud: Más necesaria que nunca en la crisis del coronavirus. JONNPR. 2020;5(5):468-72. DOI: 10.19230/jonnpr.3655

How to cite this paper:

Solera Albero J, Tárraga López PJ. Primary Health Care: More necessary than ever in the coronavirus crisis. JONNPR. 2020;5(5):468-72. DOI: 10.19230/jonnpr.3655



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos, ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

La Atención Primaria (APS) es la puerta de entrada del Servicio Nacional de Salud y de su funcionamiento van a depender mucho las listas de espera y los colapsos hospitalarios.

Los principales elementos que caracterizan el modelo de atención integral basado en la APS (y que los hacen diferente de los otros modelos de atención) son tres ^(1,2):

1. la centralidad en las personas, familia y comunidades.
2. la Integralidad de la atención.
3. la continuidad del cuidado.



Estos elementos deben ser considerados como irrenunciables en el proceso de construcción e implementación del modelo de atención integral a la salud basado en la APS.

En una situación de crisis sanitaria y social como la que vivimos por la Pandemia del coronavirus se ponen a prueba los sistemas sanitarios de todos los países donde afecta. En España con una APS consolidada tenemos el reto, que no había en los otros países afectados anteriormente (China, Italia, Corea del Sur) al no tener una red de atención primaria montada.

Por ello, nuestra situación como APS es completamente diferente y debemos afrontarlo de forma diferente para tener una mejor gestión de la situación. El primer nivel de atención asume responsabilidad sanitaria, lo que implica:

1. Capacidad de resolución: equipos interdisciplinarios que garantizan acceso a servicios de calidad.
2. Conocimiento de la población: prioridades de salud y singularidades (caracterización socioeconómica, pertinencia cultural, riesgos particulares y factores protectores). Conocimiento del territorio: dinámica comunitaria, riesgos y recursos. Identificación temprana y Clasificación del riesgo (individual, familiar y comunitario) y estrategias de atención: planes de cuidado, gestión de casos, autoayuda, entre otros

En el momento actual, la principal puerta de entrada de los posibles casos de COVID-19 son los centros de Atención Primaria (centros de salud, consultorios rurales y puntos de atención continuada)^(3,4).

¿Qué papel tiene Atención Primaria?

Se estima que más del 80% de los pacientes con COVID-19 desarrollan una enfermedad leve o sin complicaciones, aproximadamente el 14% una enfermedad grave que requiere hospitalización y el 5% requiere admisión en una unidad de cuidados intensivos. En los casos graves, puede complicarse con síndrome de dificultad respiratoria aguda (SARS), sepsis y shock séptico, insuficiencia renal y afectación cardíaca. La edad avanzada y la comorbilidad (especialmente enfermedad cardiovascular, diabetes y EPOC) constituyen factores de riesgo de gravedad y muerte⁽²⁻⁵⁾.

Nuestra función prioritaria, por tanto, es contener atendiendo a los casos de riesgo intermedio, 80%, para que no vayan al hospital, pero la atención, en la mayoría de los casos, ha de ser presencial.

En el resto de los países donde se ha desarrollado la pandemia, la crisis se ha centrado en que todo el mundo iba a hospitales porque no había una atención primaria, como



en España. Esto ha supuesto, en países como China, la construcción de los famosos hospitales de pacientes donde estaban encamados y se le tomaban la temperatura y constantes periódicamente y le ponían el tratamiento correspondiente, estos pacientes se pueden quedar en su casa con apoyo familiar y con el control de la atención primaria.

Además, en estos pabellones y hospitales, la carga viral es alta y por esto los profesionales tienen más posibilidades de contagiarse (en nuestro caso esta situación no es tan importante, pues gran parte hemos tenido contacto y podríamos estar ya contagiados, pues hemos visto en consulta bastante COVID19).

En estos lugares, están solos en una cama sin mayor atención que el médico o enfermero que pasa de vez en cuando a asistirle, ya que no se permite el paso de familiares, por el gran peligro de contagio, pero con la atención primaria disponible en España todos estos pacientes (80%) pueden y deben mantenerse en casa y solo trasladar a los graves.

Así pues debemos intentar que se queden todos en casa y con teléfono gestionar la situación, a veces incluso hay que explorar a estos pacientes, pues si no pueden sentirse abandonados e intentar marcharse al hospital. Sobre todo, pacientes con factores de riesgo que es preciso auscultar por el peligro de complicación. Además, al estar en casa todo el día hace que muchas personas le den muchas vueltas a la cabeza, y ya pasada una semana de confinamiento, vamos a empezar a tener situaciones anímicas y relacionales complejas de gestionar.

Para ello, hay que reorganizar los centros:

- Triajes en la puerta del Centro con una enfermería que clasifiquen síntomas respiratorios y envíen a esos pacientes,
- A consulta de triaje respiratorio (con médicos con medidas de protección más estrictas, EPI que brillan por su ausencia)
- Otras consultas con su médico de familia y/o enfermera. para pacientes crónicos con alguna urgencia por descompensación de su patología y/o tratamiento habitual, se asisten con mascarilla quirúrgica, guantes de exploración, lavado de manos frecuentemente y limpieza con hipoclorito sódico 1:10 en mesa y teclado varias veces en consulta con apertura de ventana cada 3 o 4 pacientes.
- Y los demás a casa, sabiendo que están controlados por su médico y/o enfermera que le va a atender telefónicamente.

Se evalúan sus riesgos, y tras anamnesis y exploración se decide: enviarle a casa con control telefónico o al hospital para Rx tórax con circuito previamente establecido con algún hospital público de la zona o incluso utilizando los servicios radiológicos privados.



Además en alguna Región se han prorrogado tres meses las recetas electrónicas a los crónicos y durante 1 mes los partes de confirmación de las bajas.

Los casos más graves o con comorbilidades importantes se envían al hospital.

Todo esto bien planificado permite gestionar los recursos con eficiencia y no saturar ambulancias urgentes, urgencias de hospital etc...⁽⁶⁻⁸⁾

En todos los centros hay que montar una consulta de respiratorio con EPI adecuadas, tener EPIs para domicilios con sospecha respiratoria, y mejorar día a día la gestión de demanda telefónica, ya se ha montado desde la Gerencia del Servicio de Salud un canal telefónico que filtra una enfermera y va derivando a su médico y/o enfermera para solucionar el resto de las patologías urgentes presenciales que se resuelven habitualmente en atención primaria.

Afortunadamente el personal sanitario es excepcional y más en los casos de emergencia que se superan a sí mismo, a pesar de las adversidades de ver compañeros que están cayendo con COVID 19 positivos e incluso sintomáticos, pero aun así los equipos caminan en la misma dirección hay que tener buena comunicación interna, cuando el trabajo deja se hacen reuniones informativas para valorar lo realizado y seguir avanzando.

Por tanto, la APS debe valorar sus pacientes con patología respiratoria y decidir según la situación que tratamiento se le debe dar, debe aclarar las dudas que puedan surgirle además de intentar mitigar los efectos psicológicos del confinamiento y además de todo esto seguir por teléfono controlando las patologías crónicas de los pacientes y las agudas por otros procesos no respiratorios

Bien protegidos podemos hacer frente y contener, lo más importante es ***que en esta pandemia, la atención primaria tiene que salir reforzada.***

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, 2007.
2. Hagerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, Mc Kendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ 2003;327(7425):1219-1221).
3. Organización Panamericana de la salud. Hacia un modelo de atención integral a la salud basado en la Atención Primaria de Salud. WDC, junio de 2012 (documento borrador).



4. Organización Panamericana de la Salud. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 1 Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud, Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS.
5. McIntosh K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). UpToDate. [Internet]. Febrero 2020. [Actualizado el 16 de marzo de 2020; consultado el 17 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19>
6. Procedimiento de atención al paciente con sospecha de infección por COVID-19, en el centro de salud. Versión 02–18/03/2020. Madrid: Gerencia Asistencial de AP, Consejería de Sanidad de Madrid; 2020.
7. Indicaciones de pruebas de imagen urgentes en COVID-19. Sociedad Española de Radiología de Urgencias. Disponible en https://www.seram.es/images/site/Indicaciones_de_pruebas_de_imagen_urgentes_en_COVID-19.pdf
8. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z. Clinical Course and Risk Factors for Mortality of Adult in Patients with COVID-19 in Wuhan, China: A Retrospective Cohort Study. Lancet, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)