

MÉDICOS DE FAMILIA

REVISTA

—DE LA SOCIEDAD MADRILEÑA—
DE MEDICINA DE FAMILIA Y
COMUNITARIA

Nº Especial “Resetea Primaria” • VOL 22

MAYO 2020

- | | |
|--|---|
| <p>5 PRESENTACIÓN
<i>Ares Blanco S.</i></p> | <p>39 13. SITUACIÓN DE LOS CENTROS RESIDENCIALES GERIÁTRICOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19
<i>García Pliego R.A.</i></p> |
| <p>6 1. RESETEA LA PRIMARIA
<i>Abad Schilling C.</i></p> | <p>40 14. PERSPECTIVAS SOBRE IFEMA
<i>Díaz Revilla A.</i></p> |
| <p>8 2. RESULTADOS ENCUESTA RESETEA PRIMARIA: PROPUESTAS PARA VOLVER A EMPEZAR
<i>Ares Blanco S., Barrio Cortes J.</i></p> | <p>42 15. SITUACIÓN DEL USO DE LA TECNOLOGÍA DURANTE LA CRISIS
<i>Bravo Toledo R.</i></p> |
| <p>22 3. MEDICINA DE FAMILIA, MEDICINA RURAL, EN MADRID Y EN TIEMPOS DE PANDEMIA
<i>María Tablado M.A.</i></p> | <p>43 16. SITUACIÓN DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA ATENDIENDO ADULTOS
<i>Herranz Calvo C., Samblás Tilve P., Holgado Catalán M., Rincón Marcos M.J.</i></p> |
| <p>24 4. ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA AHORA QUE ESCAMPA
<i>Quintana Gómez J.L.</i></p> | <p>44 17. ENFOQUE EMOCIONAL DURANTE LA CRISIS DEL COVID, O CÓMO SE PASÓ LA PRIMAVERA
<i>Pérez Álvarez M.</i></p> |
| <p>25 5. SITUACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL (IT) DURANTE LA CRISIS
<i>Ballarín González A., León Vázquez F.</i></p> | <p>45 18. LA INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA TRAS LA COVID-19
<i>Ares Blanco S., Barrio Cortes J.</i></p> |
| <p>27 6. PERSPECTIVA COMUNITARIA DE LA COVID-19: ¿QUÉ HA PASADO? ¿Y AHORA QUÉ?
<i>Carrasco Munera A., Herranz Calvo C., Ruiz-Giménez Aguilar J.L.</i></p> | <p>46 19. EL VIRUS ENTIENDE DE CLASES SOCIALES ¿Y NOSOTRAS?
<i>García D.</i></p> |
| <p>29 7. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA COVID-19
<i>Domínguez Mateos S.</i></p> | <p>48 20. RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA ADAPTÁNDOSE AL COVID-19
<i>Arias Ramírez D., Muñoz Bueno C., Peral Martín A., Barandiaran Fernández de Vega I.</i></p> |
| <p>31 8. SITUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD A RADIOLOGÍA Y UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR EN LA PANDEMIA COVID-19
<i>Rodríguez-Pascua N., Calderín-Morales M.P., Alonso-Roca R., Calvo Cebrian A.</i></p> | <p>50 21. LOS MÉDICOS DE FAMILIA JUBILADOS ANTE LA CRISIS COVID-19
<i>De la Cámara González C.</i></p> |
| <p>34 9. LO QUE NOS HA MOSTRADO EL SARS-COV2
<i>López García-Franco A.</i></p> | |
| <p>36 10. CIENCIA Y EVIDENCIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA
<i>Llanes de Torres R.</i></p> | |
| <p>37 11. ATENCIÓN DOMICILIARIA: OTRO RETO DURANTE LA PANDEMIA
<i>Merlo Loranca M.</i></p> | |
| <p>38 12. JUSTICIA Y SOLIDARIDAD: UN MARCO ÉTICO DE ACCIÓN EN LAS RESIDENCIAS DE ANCIANOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19.
<i>GdT Bioética de la SoMaMFyC.</i></p> | |

MÉDICOS DE FAMILIA

REVISTA

—DE LA SOCIEDAD MADRILEÑA—
DE MEDICINA DE FAMILIA Y
COMUNITARIA

Nº Especial “Resetea Primaria” • VOL 22

MAYO 2020

COMITÉ EDITORIAL DE LA REVISTA

Director: Miguel Ángel María Tablado

Comité Editorial: Ángel Alberquilla Menéndez-Asenjo, Lubna Dani Ben Abdellah, Javier Bris Pertíñez, Carlos Fondón León, Araceli Garrido Barral, Rafael Llanes de Torres, Esther Martín Ruiz, Mario Miranda García, Juan Carlos Muñoz García, Isabel Prieto Checa

Secretaría de redacción: Manuela Córdoba Victoria

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

Presidencia: Clara Abad Schilling. **Vicepresidencia:** Sara Ares Blanco.

Secretaría: Lubna Dani Ben Abdellah. **Tesorería:** Manuel Gómez García.

Vocal del Papps: Carlos Fondón León. **Vocalía de Investigación:** Sara Ares Blanco y Jaime Barrio Cortes.

Vocalía de Formación: Noelia Caballero Encinar, Zaida Caurel Sastre y Jaime Marín Cañada.

Vocalía de Gdt: Marta Merlo Loranca y Cinta Hernández García.

Vocalía de Residentes: Itziar Barandiaran Fernández de Vega. **Vocalía de JMF:** Teresa Biec Amigo.

Vocalía de Tutores: Rocío Álvarez Nido. **Vocalía de Médicos Jubilados:** Cristina De La Cámara González.

REVISTA EDITADA POR:

SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

Fuencarral, 18, 1º B / 28004 Madrid

Teléfono: 91 522 99 75 • FAX: 91 522 99 79

E-mail: somamfyc@somamfyc.com • WEB: www.somamfyc.com

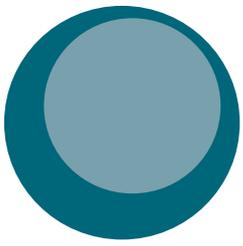
ISSN: 1139-4994 - Soporte Válido nº 43/08 - R - CM

EL COMITÉ EDITORIAL NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONTENIDOS DE LOS ARTÍCULOS DE OPINIÓN

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso de los titulares del Copyright.

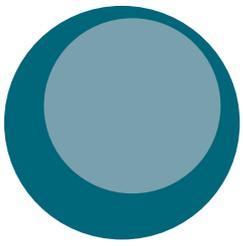
© **SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA**

MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN: Artes gráficas Cofás, S. A. Calle Juan de la Cierva, 58. Pol. Ind. Prado de Regordoño. 28936 Móstoles (Madrid)



SUMARIO

- 5 PRESENTACIÓN**
Ares Blanco S.
- 6 1. RESETEA LA PRIMARIA**
Abad Schilling C.
- 8 2. RESULTADOS ENCUESTA RESETEA PRIMARIA: PROPUESTAS PARA VOLVER A EMPEZAR**
Ares Blanco S., Barrio Cortes J.
- 22 3. MEDICINA DE FAMILIA, MEDICINA RURAL, EN MADRID Y EN TIEMPOS DE PANDEMIA**
María Tablado M.A.
- 24 4. ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA AHORA QUE ESCAMPA**
Quintana Gómez J.L.
- 25 5. SITUACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL (IT) DURANTE LA CRISIS**
Ballarín González A., León Vázquez F.
- 27 6. PERSPECTIVA COMUNITARIA DE LA COVID-19: ¿QUÉ HA PASADO? ¿Y AHORA QUÉ?**
Carrasco Munera A., Herranz Calvo C., Ruiz-Giménez Aguilar J.L.
- 29 7. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA COVID-19**
Domínguez Mateos S.
- 31 8. SITUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD A RADIOLOGÍA Y UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR EN LA PANDEMIA COVID-19**
Rodríguez-Pascua N., Calderín-Morales M.P., Alonso-Roca R., Calvo Cebrian A.
- 34 9. LO QUE NOS HA MOSTRADO EL SARS-COV2**
López García-Franco A.
- 36 10. CIENCIA Y EVIDENCIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA**
Llanes de Torres R.
- 37 11. ATENCIÓN DOMICILIARIA: OTRO RETO DURANTE LA PANDEMIA**
Merlo Loranca M.
- 38 12. JUSTICIA Y SOLIDARIDAD: UN MARCO ÉTICO DE ACCIÓN EN LAS RESIDENCIAS DE ANCIANOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19.**
GdT Bioética de la SoMaMFyC.
- 39 13. SITUACIÓN DE LOS CENTROS RESIDENCIALES GERIÁTRICOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**
García Pliego R.A.
- 40 14. PERSPECTIVAS SOBRE IFEMA**
Díaz Revilla A.
- 42 15. SITUACIÓN DEL USO DE LA TECNOLOGÍA DURANTE LA CRISIS**
Bravo Toledo R.
- 43 16. SITUACIÓN DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA ATENDIENDO ADULTOS**
Herranz Calvo C., Samblás Tilve P., Holgado Catalán M., Rincón Marcos M.J.
- 44 17. ENFOQUE EMOCIONAL DURANTE LA CRISIS DEL COVID, O CÓMO SE PASÓ LA PRIMAVERA**
Pérez Álvarez M.
- 45 18. LA INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA TRAS LA COVID-19**
Ares Blanco S., Barrio Cortes J.
- 46 19. EL VIRUS ENTIENDE DE CLASES SOCIALES ¿Y NOSOTRAS?**
García D.
- 48 20. RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA ADAPTÁNDOSE AL COVID-19**
Arias Ramírez D., Muñoz Bueno C., Peral Martín A., Barandiaran Fernández de Vega I.
- 50 21. LOS MÉDICOS DE FAMILIA JUBILADOS ANTE LA CRISIS COVID-19**
De la Cámara González C.



Presentación

- Sara Ares Blanco.
Médico de Familia, C.S. Federica Montseny
Vicepresidenta SoMaMFyC

Desde la SoMaMFyC y en concreto desde la Junta Directiva, como médicos, como pacientes, como ciudadanos, estamos viviendo con preocupación todo lo que está aconteciendo durante la crisis de la COVID-19.

Hemos considerado que en esta extraordinaria situación podía ser interesante recabar la opinión, las vivencias y las experiencias de todos aquellos actores sanitarios implicados en la misma (socios o nos socios de semFYC), pues esta situación desborda fronteras de clase, categorías y asociaciones.

Por ese motivo en fechas pasadas hemos lanzado a través de la web y RRSS una encuesta para que todos aquellos que quisieran expresaran su opinión lo hicieran libremente. La encuesta dirigida principalmente a médicos de atención primaria no pretende ser exclusiva, es de carácter anónimo, con preguntas cerradas y abiertas para enriquecer el discurso y como muro de expresión.

En este cuestionario hemos considerado que hay preguntas con un amplio consenso y otras donde hay más divergencia, no pretendiendo polemizar ni debatir, sino conocer opiniones. En ese sentido los comentarios en texto libre de la misma (positivo y no tanto), enriquecen y aportan color a esta foto fija de la situación de crisis en las fechas presentes. Entre estos

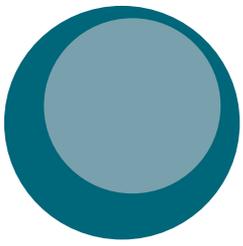
hay algunos que apuestan por el derrotismo: “me he sentido abandonado”, “que se valore nuestro trabajo” y otros aportan ideas prácticas muy interesantes.

El contenido de la encuesta, los resultados, así como todos los comentarios en texto libre (clasificados por temas) que los participantes habéis aportado están incluidos en este suplemento de nuestra Revista de Médicos de Familia.

Para acompañar estos resultados hemos incluido en este suplemento una serie de artículos de socios de SoMaMFyC que aportan su visión de la crisis de la COVID-19 desde aspectos organizativos al diagnóstico por imagen, las residencias de ancianos, la medicina rural, las inequidades, la atención domiciliaria, la comunitaria, los fármacos, la investigación, la calidad literaria, el contexto ético y médico legal, las emociones o la visión de nuestra presidenta y la Junta.

Esperemos que os guste la revista, los comentarios de la encuesta y los artículos que la acompañan. Este será el mejor premio para todos los que han dedicado su tiempo estos días a elaborar, distribuir la encuesta, cocinar los datos, escribir los artículos, revisarlos, organizarlos y editarlos.

Gracias a todos por el esfuerzo.



1. Resetea la Primaria

■ Clara Abad Schilling C.S. Barcelona (Móstoles)
Presidenta de SoMaMFyC, en nombre de la Junta Directiva de SoMaMFyC

Sin darnos cuenta todos los días nuestra vida cambia, pero a veces esos cambios son tan importantes que marcan un antes y un después como el paso del coronavirus. Y eso precisamente es lo que ha ocurrido en las últimas semanas, muchas cosas han cambiado y debemos aprovechar esta situación para caminar hacia delante y adaptarnos a las nuevas circunstancias.

El orden y la buena organización es algo fundamental para trabajar en las mejores circunstancias y para ello *es esencial el triaje*. Enfermería realiza un papel extraordinario en este sentido a diario en los hospitales y durante esta crisis ha demostrado que también es posible en atención primaria. Los contactos con los centros de salud deben ser ordenados y para ello es fundamental poder preguntar por teléfono o como primer contacto, por el motivo de consulta para decidir nosotros mismos qué parte del equipo va a resolver mejor la demanda del paciente. Esto nos va a ayudar a evitar las aglomeraciones en la sala de espera y a distribuir mejor nuestro tiempo.

La tecnología deben ser un apoyo en nuestra nueva organización, hay muchas maneras de comunicarnos que no son solo presenciales: las llamadas y las videollamadas, las fotografías, el email, la e-consulta. Todo esto debe poder utilizarse con garantías sobre protección de datos y con registro tanto en las historias clínicas como actividad asistencial dentro de la agenda. Para ello *necesitamos inversión* en esta área y en muchas otras. MUFACE, ISFAS..., deben entrar en los circuitos actuales de receta electrónica y de incapacidad temporal.

En muchos casos *la incapacidad temporal puede manejarse* de manera *telefónica*, teniendo buen acceso a las pruebas y los informes realizados en el hospital. Los pacientes deberán acudir al centro de salud sólo si nosotros lo consideramos necesario y la fecha de revisión de la IT deberá ser menos rígida. Debemos ir eliminando progresivamente costumbres antiguas para adaptarnos a los nuevos tiempos, y así evitar mecanismos de contagio haciendo un uso razonable del papel.

Los *pacientes* que por sus antecedentes *tengan mayor riesgo de contagio* y no se les pueda ofrecer una adap-

tación de su puesto de trabajo *deben ser valorados por sus mutuas* de trabajo para buscar una solución.

Es necesario que *las agendas* de los profesionales sean *flexibles* y existan *huecos* programados para *distintos tipos de actividades*. Debemos mimar los domicilios y guardarles un tiempo de nuestras agendas. Es necesario *potenciar la coordinación con las residencias* y facilitar a los profesionales que atiendan a estos pacientes el tiempo y los medios necesarios.

No debemos olvidar lo valiosa que es *la longitudinalidad*, pero en estos tiempos de pandemia también hay que seguir fomentando el trabajo en equipo, y si un profesional no está en un momento determinado porque está en la consulta de respiratorio o porque está de baja laboral, debemos atender a cada paciente como si fuera nuestro.

Nos parece muy importante *habilitar el teletrabajo* para los siguientes meses, ya que muy probablemente muchos de nosotros nos vamos a contagiar en los próximos meses y vamos a tener que guardar largas cuarentenas en nuestros domicilios, desde los cuales podríamos realizar nuestro trabajo por teléfono.

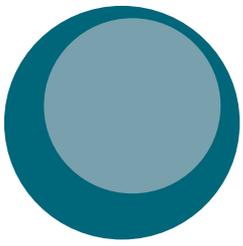
Hemos demostrado que somos una gran cadena y *hemos sido capaces de dar lo mejor de nosotros mismos* donde se nos ha requerido: los fines de semana y festivos en los centros de salud abiertos, en IFEMA, y con los equipos reducidos al mínimo muchos días. Pero no olvidemos que es esto es nuestro trabajo y *los esfuerzos deben ser recompensados* de una manera justa similar a la de nuestros compañeros del hospital. Es necesaria una buena *planificación con una adecuación de las plantillas* para que no vuelva a ser necesario cerrar centros de salud ni SUAP en un futuro.

Los *residentes* son nuestra apuesta de futuro, es necesario *cuidarlos y enseñarles* lo apasionante que puede llegar a ser nuestro trabajo. Deben seguir con su programa docente y recuperar las rotaciones perdidas de estos meses, y deber recibir compensaciones por los esfuerzos realizados.

Desde SoMaMFyC siempre exigimos el *acceso* a las mismas *pruebas diagnósticas* que en el hospital y especialmente ahora para detectar COVID-19: test con

buena sensibilidad y especificidad, radiografías y resultado de analítica en el día para evitar derivaciones a urgencias. Así como *el acceso a los tratamientos* que sean necesarios para manejar a los pacientes de manera ambulatoria tanto farmacológicos como de oxigenoterapia.

Por último queremos recordar que para avanzar es necesario no repetir errores del pasado y es fundamental estar protegidos con buenos equipos de protección y facilitar el avance de nuestros conocimientos con estudios científicos de calidad realizados en atención primaria.



2. Resultados encuesta

RESETEA PRIMARIA: PROPUESTAS PARA VOLVER A EMPEZAR

- Ares Blanco S. Especialista en MFyC. C.S. Federica Montseny
Vicepresidenta de la Junta directiva y Vocalía de Investigación de SoMaMFyC
- Barrio Cortes J. Especialista en MFyC.
Unidad de Investigación de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria - Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria en Atención Primaria (FIIBAP).
Vocalía de Investigación y Grupo de trabajo de Atención al Mayor y al Anciano de SoMaMFyC

RESUMEN

El SARS-CoV-2 y la COVID-19 han supuesto un gran desafío para el sistema de Atención Primaria en Madrid.

Pese a que se han mermado sus recursos y no se ha valorado su verdadera importancia para la gestión de esta crisis, también se han introducido cambios positivos que pueden mejorar y fortalecer el sistema en el futuro.

Desde SoMaMFyC queremos apostar por las mejoras e incidir en la necesidad de que el liderazgo científico esté en mano de los clínicos. Por ello, hemos realizado entre el 20 y 30 de abril de 2020 a través de un cuestionario web una breve encuesta anónima solicitando la opinión de médicos de familia sobre las principales modificaciones que se han producido en el sistema de Atención Primaria durante esta crisis.

Las preguntas de la encuesta se estructuraron en varios bloques temáticos en relación con la situación de la consulta, gestión del personal y medios, abordaje clínico, gestión de incapacidad laboral transitoria (IT), residencias, otras cuestiones y una parte final que recoge los comentarios de los participantes con su opinión para ayudar a mejorar la situación de la Atención Primaria a raíz de esta crisis.

Se han recibido un total de 745 respuestas.

Más de la mitad de encuestados estaban a favor de empezar a atender ya a su cupo de forma presencial.

Hubo un amplio acuerdo en cuanto a algunas cuestiones como el mayor peso de administrativos, el triaje y manejo independiente de pacientes por el personal de enfermería; el excesivo tiempo empleado en labores administrativas, la necesidad de al menos 15 minutos por consulta, y un papel más importante del

seguimiento telemático, así como de las visitas domiciliarias para el seguimiento de los pacientes tanto para pacientes con COVID-19 como con otras patologías no COVID-19. También había acuerdo mayoritario a permitir el teletrabajo y que los pediatras en caso de necesidad atendieran a adultos. Además, hubo un amplio consenso en la necesidad de flexibilizar las agendas, eliminar trámites burocráticos o favorecer su realización de forma virtual, potenciar las actividades comunitarias y mejorar los protocolos de actuación y la coordinación con la Atención Hospitalaria y residencias. Otra de las opiniones mayoritarias ha sido reclamar más incentivos para premiar el esfuerzo y la peligrosidad del trabajo realizado.

Por el contrario, la mayoría estaba en desacuerdo con la reorganización de personal, la gestión de residentes, el manejo de las IT, el cierre de SUAPs y asunción de guardias de fin de semana por los centros de salud. Gran parte de los encuestados pensaban que no han podido usar todos los medios diagnósticos y terapéuticos posibles para la atención y seguimiento a los pacientes COVID-19. Tampoco creen que se haya potenciado el liderazgo científico de la Atención Primaria durante esta crisis y no parecen razonables protocolos propios de cada hospital para el abordaje del COVID-19.

Los departamentos o estamentos que se opina que son más necesarios de reforzar tras esta crisis han sido enfermería, medicina y personal administrativo. Por el contrario, los que se han visto más prescindibles han sido los políticos, asesores, gestores, direcciones generales y asistenciales, así como los puestos intermedios o no asistenciales de las diferentes administraciones.

Las sugerencias relativas para poder atender los cupos y separar a los enfermos con sospecha de patología respiratoria que más se han repetido han sido el mantenimiento del triaje, reorganizar y aumentar los equipos y medios, así como establecer circuitos

separados con médicos específicos para cada circuito. También se ha propuesto optimizar las agendas y fomentar las consultas no presenciales y domicilios. Además, se insiste en aumentar las medidas de detección y prevención.

Como temas que se repiten y que reflejan de forma bastante clara la opinión de muchos Médicos de familia se pueden destacar los siguientes que se recogen en la sección de comentarios:

- Malestar importante respecto a los gestores y responsables políticos.
- Quejas de todo tipo (inseguridad, sobrecarga, falta de personal y medios...).
- Necesidad de mantener muchos de los cambios organizativos implementados y de aumentar los recursos.
- Replantear la coordinación con hospitales, salud laboral, salud pública, residencias e inspección médica.
- Valoración de aspectos positivos como el trabajo en equipo y la mejor atención al eliminar aspectos burocráticos o innecesarios.

RESULTADOS

Se han recibido un total de **745 respuestas** entre el 20 y 30 de abril de 2020 que se organizaron por bloques temáticos:

1. SITUACIÓN DE LA CONSULTA

a. ¿Crees que deberíamos empezar ya a atender cada uno a nuestro cupo de forma presencial?

Sí: 234 (31,4%).

No: 430 (57,7%).

Otra respuesta: 81 (10,9%).

b. ¿Estás de acuerdo con el nuevo papel de los administrativos que han adquirido mayor peso en la decisión y gestión de los pacientes?

Sí: 651 (87,4%).

No: 94 (12,6%).

c. ¿Estás de acuerdo con el triaje de todo paciente sin cita y el manejo más independiente de los pacientes que ha realizado el personal de enfermería?

Sí: 714 (95,8%).

No: 31 (4,2%).

d. ¿Crees que durante esta pandemia has dedicado demasiado tiempo a labores administrativas que podían haberse dedicado a labores clínicas?

Sí: 625 (83,9%).

No: 120 (16,1%).

e. ¿Piensas que los huecos deberían de ser al menos de 15 minutos cuando la situación comience a volver a la normalidad para minimizar aglomeraciones en salas de espera?

Sí: 717 (96,2%).

No: 28 (3,8%).

f. ¿Estás de acuerdo con el mayor peso que han adquirido el seguimiento telefónico y las visitas domiciliarias para el seguimiento de los pacientes sospechosos o con COVID-19 confirmado?

Sí: 707 (94,9%).

No: 38 (5,1%).

g. ¿Estás de acuerdo con el mayor peso que ha adquirido el seguimiento telefónico para el seguimiento de los pacientes con otras patologías no COVID-19?

Sí: 628 (84,3%).

No: 117 (15,7%).

h. Sugerencias para poder atender a tu cupo y separar a los enfermos con sospecha de patología respiratoria

Se destacan los temas que han sido más repetidos y/o de interés entre las 362 sugerencias que se han recogido en esta sección de la encuesta:

- Mantener **traje** (presencial o telefónico; por enfermería; por administrativo).
- Establecer **circuitos/consultas separadas** (respiratorio/infeccioso/sucio y no respiratorio/ no infeccioso/ limpio; complejos no COVID - crónicos, inmovilizados, oncológicos, frágiles; urgentes; demorables y no demorables) y **médicos específicos** para cada circuito (rotatorios, en días concretos).
- Optimizar **agendas** (más flexibilidad en citas; aumentar el tiempo por paciente; mayor control en citas presenciales por médicos, enfermeras y/o administrativos; no citación libre del paciente por la web y con filtro telefónico previo; lista de motivos de cita para administrativos; eliminar trámites burocráticos; agrupar pruebas en misma visita; sustituir la realización de nu-

merosos controles poco eficientes por consultas espaciadas de alta resolución; agendas de transición según las fases de la crisis y que eviten aglomeraciones).

- Potenciar **consultas telemáticas** (telefónicas o virtuales por correo electrónico/videoconferencia) y **domiciliarias** (con más tiempo). **Diseño de apps** que faciliten seguimiento y manejo para paciente y profesional sanitario.
- **Medidas de detección en los centros** (tests para profesionales y para pacientes).
- **Medidas de prevención para pacientes** en la entrada y por todo el centro (higiene de manos, mascarilla, distanciamiento y espacios amplios de separación para prevenir aglomeraciones en sala de espera, soluciones hidroalcohólicas, limpieza de espacios de forma frecuente, carteles informativos...) y para todos los **profesionales** (vestuario adecuado para la atención clínica - pijamas o batas - y EPIs suficientes).
- **Reorganizar equipos**, más **profesionales** (medicina, enfermería, administrativo y auxiliares), con **mayor independencia** (medicina no precisa, independencia y potenciación de funciones), más y mejores **medios** para desarrollar todas las facetas profesionales (atención al paciente, a la comunidad, docencia, investigación, etc.).
- Aumentar la **educación para la salud y medicina comunitaria**; potenciar el **autocuidado** y favorecer mayor **apoyo familiar y recursos sociales**.
- Creación de **protocolos de actuación** (basados en la mejor evidencia disponible, específicos, concretos, viables, consensuados y multidisciplinarios).
- **Planes de evaluación** para generar evidencia sobre las actuaciones realizadas y desarrollar **ciclos de mejora**.

2. GESTIÓN DE PERSONAL Y MEDIOS

- a. **¿Estás de acuerdo con la reorganización de personal llevada a cabo por la Gerencia para enviar a profesionales de Atención Primaria al hospital de campaña en IFEMA?**

Sí: 162 (21,7%).

No: 583 (78,3%).

- b. **¿Estás de acuerdo con la gestión de los residentes durante esta crisis?**

Sí: 209 (28,1%).

No: 536 (71,9%).

- c. **¿Crees que la gestión de las ausencias por IT se ha hecho de forma adecuada durante esta crisis?**

Sí: 160 (21,5%).

No: 585 (78,5%).

- d. **¿Crees que se debería permitir el teletrabajo a compañeros que por factores de riesgo no pueden estar presencialmente en el centro?**

Sí: 687 (92,2%).

No: 58 (7,8%).

- e. **¿Estás de acuerdo con que, ante la ausencia de profesionales, los pediatras atiendan adultos como ha sucedido durante esta crisis?**

Si: 476 (63,9).

No: 269 (36,1%).

- f. **¿Estás de acuerdo con el cierre de los SUAP por la noche y los fines de semana?**

Sí: 80 (10,9%).

No: 654 (89,1%).

- g. **¿Estás de acuerdo con el modelo de guardias de fin de semana asumido por los Centros de Salud?**

Sí: 247 (29,2).

No: 519 (70,7%).

3. ABORDAJE CLÍNICO

- a. **¿Crees que has podido usar todos los medios diagnósticos (analíticos, radiológicos y de microbiología) necesarios para atender a los pacientes COVID-19?**

Si: 48 (6,4%).

No: 697 (93,6%).

- b. **¿Crees que deberías poder hacer pruebas diagnósticas para SARS CoV-2 a todos tus pacientes COVID y contactos en Atención Primaria?**

Si: 708 (95%).

No: 37 (5%).

- c. **¿Estás de acuerdo con no poder prescribir cloroquina en la COVID-19 a pacientes con neumonía sin criterios de gravedad en Atención Primaria?**

Sí: 199 (26,7%).

No: 546 (73,3%).

d. ¿Crees que se ha potenciado el liderazgo científico de la Atención Primaria durante esta crisis?

Sí: 63 (8,5%).

No: 682 (91,5%).

e. ¿Ves razonable que se implanten mayores medidas para facilitar la telemedicina (telemonitorización, videoconferencias, consulta virtual...)?

Sí: 710 (95,3%).

No: 35 (4,7%).

f. ¿Crees que debería haber más flexibilidad en el futuro para gestionar las agendas según las necesidades y peculiaridades de los profesionales como ha sucedido durante la pandemia?

Sí: 735 (98,7%).

No: 10 (1,3%).

g. ¿Crees que se deberían de eliminar la realización de forma presencial de otros trámites burocráticos como renovación de receta electrónica o el tener que hacer a mano los partes de baja/recetas de MUFACE?

Sí: 734 (98,5%).

No: 11 (1,5%).

h. ¿Te parece razonable que cada hospital haya hecho un protocolo propio para abordaje del COVID-19?

Sí: 693 (93%).

No: 52 (7%).

i. ¿Crees que se debería de mejorar la coordinación con Atención Hospitalaria y todo lo que se solicita desde el hospital debería salir gestionado desde ese nivel evitando el paso burocrático por AP?

Sí: 729 (97,9%).

No: 16 (2,1%).

j. ¿Crees que el protocolo de pedir Rx de tórax y analítica al alta de todo paciente COVID-19 es adecuado?

Sí: 195 (26,2%).

No: 550 (73,8%).

4. GESTIÓN DE INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA (IT)

a. ¿Estás de acuerdo con la gestión de las IT de forma virtual?

Sí: 577 (77,4%).

No: 168 (22,6%).

b. ¿Crees que las Mutuas deben asumir las IT en pacientes sanos con factores de riesgo para COVID-19?

Sí: 710 (95,3%).

No: 35 (4,7%).

c. ¿Crees que se debería de potenciar la gestión de la IT por el facultativo que sigue al paciente desde el segundo nivel de atención?

Sí: 651 (87,4%).

No: 94 (12,6%).

5. RESIDENCIAS

a. ¿Crees que se ha actuado de manera adecuada y coordinada con las residencias de mayores?

Sí: 13 (1,7%).

No: 574 (77%).

Según el caso: 158 (21,3%).

b. ¿Crees que sería bueno aumentar la coordinación de cara a un futuro entre los profesionales sanitarios de las residencias y los profesionales del centro de salud?

Sí: 703 (94,4%).

No: 42 (5,6%).

c. ¿Crees que debería haber más médicos de familia en Atención Primaria para mejorar la coordinación con residencias?

Sí: 688 (92,3%).

No: 57 (7,7%).

6. OTRAS CUESTIONES

a. ¿Qué departamento o estamento crees que hay que reforzar o debe asumir otras labores?

Se destacan las respuestas más repetidas:

Profesionales concretos:

- **Enfermería de familia:** 307 respuestas.

- **Medicina de familia:** 186 respuestas.
- **Personal administrativo:** 162 respuestas.
- **Auxiliares de enfermería:** 15 respuestas.
- **Celadores:** 11 respuestas.
- **Pediatras:** 11 respuestas.
- **Directores de centro:** 6 respuestas.
- **Personal de limpieza:** 6 respuestas.
- **Geriatras:** 5 respuestas.
- **Especialistas hospitalarios (sin especificar tipo):** 5 respuestas.
- **Fisioterapeutas:** 4 respuestas.
- **Medicina interna:** 4 respuestas.
- **Trabajadores sociales:** 3 respuestas.
- **Psicólogos:** 3 respuestas.
- **Médicos del trabajo:** 3 respuestas.
- **Gestores:** 3 respuestas.
- **Coordinadores:** 1 respuesta.
- **Enfermeras de pediatría:** 1 respuesta.
- **Médicos paliativistas:** 1 respuesta.
- **Conductores:** 1 respuesta.
- **Farmacéuticos:** 1 respuesta.
- **Matronas:** 1 respuesta.

Departamentos o estamentos:

- **Atención Primaria:** 33 respuestas
- **Inspección médica:** 10 respuestas
- **Salud Laboral:** 9 respuestas
- **Direcciones asistenciales:** 6 respuestas
- **Unidades de apoyo:** 6 respuestas.
- **Prevención de riesgos laborales:** 5 respuestas.
- **Continuidad asistencial:** 4 respuestas.
- **Mutuas laborales:** 3 respuestas..

- **Logística y comunicaciones:** 2 respuestas.
- **UVIs:** 1 respuesta
- **Sistemas informáticos:** 1 respuesta.
- **Investigación:** 1 respuesta.
- **Salud Pública y Epidemiología:** 4 respuestas.
- **Gerencia:** 3 respuestas.
- **SUMMA 112:** 2 respuestas.
- **Servicios sociales:** 2 respuestas.
- **Residencias:** 4 respuestas.
- **Universidad:** 1 respuesta.

Todos: 38 respuestas.

Ninguno: 4 respuestas.

No sabe/No contesta: 47 respuestas.

b. ¿Qué departamento o estamento crees que puede ser prescindible tras esta crisis?

Se destacan las respuestas más repetidas:

- **Ninguno:** 387 respuestas
- **Políticos, asesores, gestores y puestos intermedios/no asistenciales del Gobierno España, Ministerio de sanidad y/o SG Consejería de Sanidad de Madrid; Gerencias y Direcciones asistenciales:** 147 respuestas.
- **Celadores:** 27 respuestas.
- **Personal administrativo:** 15 respuestas.
- **Salud Laboral:** 19 respuestas.
- **Medicina:** 10 respuestas.
- **Enfermería:** 10 respuestas.
- **Inspección médica:** 6 respuestas.
- **Unidades de apoyo:** 5 respuestas.
- **Sindicatos:** 4 respuestas.
- **Fisioterapeuta:** 4 respuestas.
- **Psicólogos:** 3 respuestas.
- **Mutuas, MUFACE/ISFAS:** 3 respuestas.

- **Salud Pública:** 3 respuestas.
- **Trabajo social:** 3 respuestas.
- **Auxiliares:** 2 respuestas.
- **Hospital de campaña IFEMA:** 2 respuestas.
- **Responsables/Directores de centros:** 2 respuestas.
- **Matronas:** 2 respuestas.
- **SUMMA 112:** 2 respuestas.
- **Personal de Limpieza:** 1 respuesta.
- **Pediatras:** 1 respuesta.
- **Odontólogos:** 1 respuesta.
- **Medicina Preventiva:** 1 respuesta.
- **No sabe/No contesta:** 91 respuestas.

c. ¿Crees que debería existir la figura del asistente del médico o del administrativo de familia especializado trabajando en miniequipos con médica y enfermera?

Si: 547 (73,4%).

No: 198 (26,6%).

d. ¿Se deberían potenciar más las actividades comunitarias facilitando los medios necesarios sin depender del altruismo de los profesionales durante la COVID-19?

Si: 712 (95,6%).

No: 33 (4,4%).

e. ¿Crees que se debería difundir la información clínica y de protocolos de forma más ágil y sencilla?

Si: 732 (98,3%).

No: 13 (1,7%).

f. ¿Crees que se puede mejorar el estilo de comunicación basado en reenvío de correos con archivos adjuntos en un correo con solo 270 MB de capacidad?

Si: 676 (90,7%).

No: 69 (9,3%).

g. ¿Crees que se debería potenciar la investigación con más medios (personal, económicos, contratos mixtos) en Atención Primaria?

Si: 729 (97,9%).

No: 16 (2,1%).

h. ¿Crees que sería bueno remunerar económicamente y con días libres el esfuerzo realizado durante esta crisis?

Si: 719 (96,5%).

No: 26 (3,5%).

i. Tras ver la letalidad de la COVID-19 en nuestro colectivo, ¿Crees que ser médico de familia debería tener asociado algún tipo de plus de peligrosidad?

Si: 625 (83,9%).

No: 120 (16,1%).

7. TE ESCUCHAMOS

Se han realizado 318 comentarios relacionados con la pregunta, ¿cómo cree que se puede ayudar a mejorar la situación de la Atención Primaria a raíz de esta crisis? El siguiente listado es una selección de los comentarios con los temas más repetidos o de mayor interés y organizado por bloques temáticos:

1. Visión General de la AP: el equipo, lo sucedido, propuestas, etc.

“Es fundamental replantearse la asistencia sanitaria pública, evitando el hospitalocentrismo y potenciando al máximo la AP, dotándola de medios y herramientas y mejorando sus condiciones de trabajo y sueldo. En el nuevo replanteamiento es imprescindible la educación a la población, fomentando el autocuidado y el adecuado uso de la sanidad, así como aplicar protocolos basados en la evidencia, evitando sobreutilización de pruebas que no supongan un cambio real en las decisiones clínicas en beneficio del paciente. En definitiva, sanidad pública entendida como un todo, con máxima coordinación de sus medios materiales y sus recursos humanos, respetada, valorada y cuidada por toda la sociedad como un bien común irrenunciable en el que cada ciudadano tiene su responsabilidad en la eficiencia y sostenibilidad”.

“Tests serológicos para todo el personal de los equipos de Atención Primaria. Autonomía y gestión desde los equipos”.

“Reorganizar la agenda, dando más recursos además del presencial (telefónico, mail) y dotando de tiempo para hacerlo. Menos burocracia. Más tiempo por paciente con pacientes limitados. Más educación a pacientes y filtros administrativo y de enfermería para que lleguen menos pacientes sin cita al médico. Flexibilización y racionalización de horarios. Más papel de AP en las residencias y programas de coordinación asistencial con atención hospitalaria”.

“Hay que disminuir la burocracia, mejorar protocolos y consensos con el segundo nivel de atención, inte-

ractuando más. Incluso que no haya una diferencia tan marcada primaria hospitalizada. Mejorar coordinación con las residencias y otras instituciones. Debería haber más liderazgo por parte de la administración teniendo las ideas más claras y gestionando las cosas escuchando a los profesionales y no al margen de ellos. No tiene sentido los 200 protocolos distintos que hemos tenido durante la crisis. Dar peso y responsabilidad a otros estamentos y facilitar la teleconsulta y la atención telefónica parece una buena idea para ganar agilidad y capacidad resolutive en las consultas. Y ya por último, alguien debería de tener en cuenta a los médicos rurales, a los consultorios pequeños para los que muchas veces no son válidos los mismos protocolos que para los grandes”.

“Es imprescindible dotar de medios materiales y de aislamiento a los equipos. Es imperativo que los médicos del segundo nivel asuman las IT de los pacientes ingresados. Es imprescindible que mutuas como Muface, etc., se sumen al módulo de MUP. Es imprescindible que todas las órdenes clínicas que se prescriben en las consultas de 2º nivel se hagan y se vean en ese nivel. Es imprescindible que todos los médicos de AP tengamos acceso a todas las pruebas diagnósticas y a los tratamientos”.

“Es imprescindible contar con una gerencia de AP que defienda nuestros intereses y no nos desmantele y utilice para tapar deficiencias de otros niveles”.

“Primero: dotar de medios humanos adecuados y recursos a los Centros de Salud, somos médicos especialistas y tenemos el mismo derecho que un médico con actividad hospitalaria a solicitar las pruebas que consideremos oportunas a nuestros pacientes.

Segundo: consultas de 15 minutos por paciente para poder dedicar un tiempo adecuado y de calidad a cada paciente ajustado al envejecimiento y pluripatología de nuestra población. Tercero: disminuir las cargas burocráticas innecesarias.

Cuarto: gestión de la IT compartida con los facultativos que intervienen en el proceso.

Quinto: mayor implicación de la enfermería.

Sexto: Conseguir una mayor autonomía y gestión de las enfermedades crónicas por parte del propio paciente.

Séptimo: mejorar el trabajo en equipo”.

“Más dinero para invertir en AP, mejoras de horario laboral y de atención continuada (menos presión asistencial), más centros de salud, más personal, menos centros privados blindando/protegiendo la pública en toda su expresión. Visualizar la AP en centros hospitalarios, más bidireccionalidad y trabajo en equipo. Menos clics de protocolos que quitan tiempo a la

atención verdadera. Más comunitaria, mucho más. Educación sanitaria a la población”.

“Turnos sólo de mañana con algún día de guardia hasta las 9. Por la tarde sólo urgencias. Más trabajo comunitario y visitas a domicilio y consultas de 10-15 min. Más tiempo para la investigación y para el teletrabajo”.

“Que tuviéramos más libertad a la hora de pedir pruebas diagnóstica p. e. dímero D, test PCR (no podemos hacer ninguno a la población general), más flexibilidad en la organización de nuestro trabajo (casi imposible por las directrices de las gerencias), potenciar la comunicación vía web con los PCTES (nos prohíben usar el correo corporativo, deberían darnos alguna alternativa), seguir consolidando el trabajo en equipo entre los distintos estamentos (como se ha hecho en esta crisis), educar a la población para que haga un mejor uso de los recursos sanitarios, etc. Gracias por la encuesta. Agradecería que enviarais conclusiones. Saludos”.

“Quisiera explicar mi voto de IFEMA: entiendo la necesidad de médicos de familia pero con control y bajo la autoridad de primaria/H pero al mismo nivel. Creo que nuestra gerencia debe dar más golpes de mando en nuestra defensa y buen hacer y que las direcciones de continuidad asistencial deben estar en primaria con flujo AP hacia H y no al revés. Reforzar la AP de verdad con orgullo, somos muy buenos, con pruebas diagnósticas equiparadas y calidad. No podemos seguir a rebufo del H y tenemos que levantar la cabeza bien alta exigiendo poder hacer nuestra medicina: MF y C como dios manda. Si hubiéramos realizado pruebas al mismo nivel que H en esta crisis se hubiera controlado de otra forma. Es mi humilde opinión”.

“Fundamental reforzar sobretodo medicina de Familia y también enfermería. Estamos desbordados y necesitamos más personal para reducir cupos y tener menos demanda asistencial para poder dedicar tiempo a la investigación y la prevención, educación para la salud, tanto individual como comunitaria, fundamental, como se ha visto patente en esta pandemia, de ahí el transmitir a la población los hábitos saludables, y así evitar factores de riesgo”.

“Los médicos de familia y comunitarios necesitamos cambiar la forma de trabajar, estamos atrincherados en nuestras consultas, desbordados por la presión asistencial y la burocracia, creo que tenemos un potencial grandísimo y así lo estamos demostrando durante esta crisis, tenemos que hacernos más visibles y respetables”.

“Aumentar el tiempo por paciente. Permitir que algunas consultas se resuelvan de manera telefónica (mucho más eficiente y evitando que los pacientes

se expongan al riesgo de contagio de manera innecesaria). Que las IT puedan continuar haciéndose de manera telemática en determinados casos (no veo sentido a que se pierda tiempo y papel en imprimir partes de baja). Que se contrate a profesionales para cubrir los periodos de vacaciones y que ello no dependa de sobrecargar (una vez más) a los/las trabajadores/as del Centro”.

“Esta crisis es una oportunidad extraordinaria para repensar la Atención Primaria y el derecho a la protección de la salud. A recobrar también la dimensión bio-psico-social-espiritual de la enfermedad y de la salud. La manera de enfermarnos tiene mucho que ver con el estilo de vida, con el urbanismo, con el transporte, con la conciliación de la vida familiar, con la protección de los más vulnerables de esta sociedad. A nivel de Atención Primaria, creo que muchas consultas se podrían resolver por teléfono, y más si el médico conoce bien al paciente, esta dimensión puede potenciarse, así como no son de recibo tiempos presenciales de atención inferiores a 10 minutos”.

“Es fundamental la promoción del trabajo en equipo de verdad entre distintos estamentos y diferentes niveles asistenciales, así como incluir a las unidades de apoyo en todos los protocolos. Es importante tener una relación más fluida con las residencias de ancianos y discapacitados, y no solo limitarnos a hacer trámites administrativos. Hay que mejorar la formación en el final de vida, que en esta crisis se ha demostrado que no era muy extensa”.

“Atención primaria es prioritaria siempre, no desde esta crisis”.

“Debemos de aprovechar que hemos visto que ciertas consultas pueden ser telefónicas, pueden mandar fotos, documentos... y descargarnos de burocracia para volver a tener más tiempo para la medicina y los crónicos. Debemos exigir que los partes de IT de MUFACE, ISFAs y recetas sean informatizados (no es nuestro cometido si ellos deben pagar a unos u otros). Debemos cerrar cada día la puerta a la burocracia, y aprovechar el tiempo ganado para domicilios, comunitaria, interacción para prevención...y un largo etc”.

“Me parece fundamental la creación de la categoría administrativo sanitario para desburocratizar todo lo posible nuestro trabajo. Triage previo a la entrada y telefónico para intentar priorizar asistencial en quien lo necesita verdaderamente. Dejar de asumir los médicos tareas que puede desarrollar otra categoría profesional, para potenciar la prescripción adecuada, revisión de historias y la mejora del diagnóstico (por ejemplo). Impulsar la investigación. Mejorar la comunicación con el hospital pero bidireccional. De igual a igual”.

“Una cuestión sobre la encuesta: hay preguntas dicotómicas difíciles de contestar, p.e. me parece bien que haya médicos y residentes de familia en el IFEMA, pero creo que la organización no ha sido la adecuada. Un mea culpa: los médicos de AP hemos reclamado un mayor protagonismo clínico en la resolución de la crisis; pero, si nos lo hubieran pedido, ¿todos habrían asumido un mayor grado de responsabilidad y exposición? Creo que el gran problema ha sido que la organización de la respuesta a la pandemia se ha hecho desde el hospitalocentrismo, sin contar con los médicos de AP”.

“Yo no necesito plus de peligrosidad, sí necesito material de protección. La gestión de la información ha de modificarse y en lugar de enviar tantos correos y protocolos, éstos deberían elaborarse haciendo resumen de lo más importante, esquemas y demás, más si cabe en situaciones como esta pandemia. Informar no es reenviar correos. Los gestores: responsables de Centros, Dirección Asistencial y Directores de Centro, se lo tienen que hacer mirar. No han sido proactivos en la gestión y en la búsqueda de oportunidades de mejora adelantándose a posibles escenarios, todo lo contrario, se han dejado arrastrar por los acontecimientos. Con este tipo de gestión, es mejor prescindir de ellos”.

“En mi opinión fomentaría el teletrabajo (1 vez/semana), fomentaría la consulta monográfica de “urgencias/excedente” de personas sin cita, visita de domicilios agudos”.

“Mi deseo es que tras esta Pandemia los médicos de AP pudiésemos ser médicos realmente, gestionar nuestras consultas, disponer tiempo para asistencial, docencia e investigación”.

“Más profesionales, disminuir cupos, tiempo para ver a los pacientes, triaje, no asumir pacientes sin cita no urgentes, potenciar conciliación familiar para nosotros, peligrosidad, turnos de tarde que tengan incremento de sueldo por penosidad”.

“Dotación de personal suficiente, asegurar tiempo adecuado por paciente, limitar burocracia (seguimiento de IT por especialista correspondiente), reconocer al médico como autoridad, regular el número de pacientes sin cita, triaje de éstos por enfermería. Remunerar al médico acorde a la responsabilidad que asume. Garantizar las suplencias cuando un profesional esté ausente (cursos, vacaciones, moscosos) sin sobrecargar a compañeros. Permitir conciliar familia y trabajo...”.

“He echado en falta la posibilidad de atender en AP a los pacientes Covid con otras terapéuticas alternativas que se han usado en otros países con éxito, máxime cuando sigue habiendo poca evidencia científica sobre muchos tratamientos. Deberíamos

poder abrir un poco más la mente y aprender estrategias de colaboración con otras maneras de enfocar los tratamientos, siempre registrando en las historias clínicas, para poder después evaluar. No se evaluó el posible impacto en personas con cronicidad y vulnerables al impacto del confinamiento ni por parte de salud pública ni desde las sociedades científicas de medicina familiar y comunitaria. Ha habido inequidades en salud importantes en el acceso a la medicación que supuestamente beneficiaba la resolución del Covid, incluso en el acceso a la atención telefónica y domiciliaria en todos los niveles asistenciales incluida primaria, que no se deberían volver a repetir. Además, deberíamos contemplar la participación comunitaria también en las gestiones de la crisis. Gracias”.

“Fomentar teletrabajo y consulta virtual, disminuir al máximo las visitas sin cita y la asistencia domiciliaria a demanda potenciando la concertada, reducir al máximo las labores administrativas propias de Atención Primaria y totalmente las procedentes de otros niveles, potenciar contacto Primaria-Hospitalaria”.

“Creo que en el Comité Técnico o en el Comité Científico debería de haber, si no lo hay ya, un médico de familia que esté al pie del cañón, un médico de urgencias de puerta del hospital y de la UVI (centralizadas todas para tema respiradores y si hay sitio derivar de unas a otras), otro del SUMMA y otro del Samur, al igual que forense por tema autopsias (si no se hacen porque son contagiosas no vamos a tener datos de los órganos y qué les pasa: pulmones, corazón, cerebro... y no vamos a avanzar con la enfermedad) para decir de primera mano a los otros técnicos y políticos lo que necesitamos y detectamos para mejorar, EPIS, mascarillas, PCR, test, test, test (47 millones de españoles a unos 10 € por test, hacerlos a toda la población). Analizar todo lo de protección antes de darlo a los profesionales sanitarios. Más transparencia en la ayuda por parte de la privada que no se ha dicho en los medios y también decir más lo que se ha atendido por parte de los médicos de familia. Tema bajas si riesgo de los trabajadores y no se pueden reubicar en su empresa”.

“Contratar más médicos y retirar burocracia de la consulta médica. Mejorar el sistema de citas para no tener que pasar tantas pantallas antes de gestionar el seguimiento de un paciente. Minimizar el número de pantallas que hay que avanzar cada vez que utilizamos ApMadrid. Ligar la pantalla de documentos con el correo electrónico del médico para poder enviar información al mail del paciente o mensajes de SMS al paciente desde la historia clínica. Recoger el correo electrónico de los pacientes igual que se recoge su teléfono y su dirección. En definitiva, abreviar todos los pasos para lograr una mejor comunicación y un mejor seguimiento del paciente con la ayuda de la informática”.

“Visto el papelazo que han hecho la mayoría de las DA y la gerencia es imprescindible dar mayor autonomía a la micro gestión de los equipos que es lo que verdaderamente ha funcionado”.

“Fomentar de verdad el trabajo en equipo dentro de los CS pero también con las unidades de apoyo, considero que ha sido la clave del éxito de lo que hemos vivido, pero me temo que se quedará ahí.... y sin olvidarnos de mejorar la relación con los hospitales y con los centros residenciales. Importante, hacer hincapié en no perder lo ganado con las IT y algún otro trámite administrativo”.

2. Situación de la consulta

“Es importante reforzar la participación Comunitaria desde el CS para asumirla como metodología de trabajo y beneficiarnos de ella en las crisis y en el día a día”.

“Muy interesante: El triaje de enfermería de pacientes sin cita. Consulta telefónica (el administrativo recibe la llamada y lo deja reflejado en la agenda del médico/enfermero que llamará cuando pueda sin interrupciones de la consulta). Tiempos de 15 min. por consulta para mejorar la atención y evitar aglomeraciones. Potenciar las nuevas tecnologías (desde videoconferencias a uso más frecuente del email). Gracias por plantear este tipo de cuestiones... ojalá podamos aprovechar esta crisis para mejorar!!”.

“Nosotros hemos tenido un papel fundamental en la valoración de los pacientes asumibles en atención primaria y diferenciando de los que había que derivar al hospital. Creo que nos han infravalorado y no nos han tenido en cuenta tanto dirección como desde el hospital”.

“Más minutos por paciente, menos tareas burocráticas, facilitar la visita a domicilios con coches oficiales/taxis pagados por la administración... implementar una parte de consulta para telemedicina /seguimiento telefónico/recetas/”.

“Hay que invertir en la atención primaria, aumentar el tiempo de atención a pacientes y combinar con atención telefónica en casos menos graves y que comen tiempo. Fomentar el trabajo en equipo con enfermeros y administrativos. Centros de salud más preparados para aliviar hospitales. Más inversión en profesionales y sistematizar el uso de EPIS en centros de salud y visitas domiciliarias. Garantizar stocks de EPIS en centros de salud para garantizar un mínimo de abastecimiento de un mes”.

“Necesitamos más opciones de decisión en cuanto a orientar el tiempo de asistencia del paciente crónico complejo, podemos resolver consultas banales por teléfono, veo en la telemedicina un gran futuro la verdad. Y quizá lo más importante, la autogestión”.

“Creo que la atención de los pacientes vía telefónica o informática nos puede ayudar a gestionar la consulta y facilitar a los pacientes el acceso, siempre y cuando el sentido común de los gestores y la organización del propio sanitario prime a la hora de gestionar las agendas y no sea un nuevo modo de sobrecargarnos aún más”.

“Necesitamos retomar nuestra actividad YA con verdaderas medidas de protección, bien coordinados con hospitalaria y sin trabas por parte de las direcciones asistenciales que, una vez más ha quedado patente, están alejados de la realidad de la asistencia sanitaria del MF”.

“Durante esta crisis me he reenamorado de lo profesión porque durante unas semanas me he evitado ordas de cosas innecesarias, papeleos absurdos y valoración de gente sin patología hiperfrecuentadores y demás. Lo que le falta a la AP es principalmente tiempo, mientras los pacientes estén citados cada 5 minutos es imposible realizar una atención digna”.

“La oportunidad para un pacto social. La población no consulta por síntomas inespecíficos o menores. No vemos catarros de niños, por ejemplo. Si esto se mantiene, el tiempo liberado para actividades con mayor impacto en salud (dependencias, salud mental, EpS e IC) sería enorme”.

“No a las agendas comunes. Sólo Respiratorio, el resto debería haber seguido por cada médico, y las agendas repartidas. Enfermería ha pasado a hacer triaje por la suspensión de la consulta de crónicos, pero debería seguir valorando la demanda que llega al centro y resolver lo que pueda en lugar del acceso total sin ley a la consulta presencial con médico. Eso se debe de acabar. Filtro de llamada telefónica y si está ya en el centro, filtro de enfermería”.

“Necesitamos un cambio radical de la atención primaria, esta pandemia lo ha demostrado suficientemente. Lo primero más RRHH médicos”.

“Telemedicina como forma de atención a parte de nuestros pacientes”.

“Tenemos que ser más autónomos y más clínicos y menos burócratas”.

3. Gestión de personal, liderazgo y medios

“Es el momento de CONSEGUIR mayor autonomía en las consultas respecto a petición de PPCC y prescripción de tratamientos. No tolerar la burocracia que ha supuesto la incapacidad temporal / ITs en personas SANAS con FR ni las recetas de MUFACE, ISFAS y demás mutualidades. Triage de enfermería YA. Potenciar la figura del Aux Administrativo sanitario. Reconvertir celador en auxiliar administrativo. En definitiva, mayor

confianza en lo que sabemos hacer, dejarnos hacer y dejarnos hacer bien clínica sin burocracia”.

“Creo que se ha puesto en evidencia lo tensionado que está el sistema en AP, escasez de médicos que deben ver 50 o más pacientes por día en 5 minutos, cada vez más tareas que se asignan al MAP (TAO, prevecolon, ITs, deshabitación tabaco, visita domiciliaria) debería adecuarse la plantilla de personal y hacer mayor esfuerzo para suplir las ausencias”.

“Necesidad de gabinetes de crisis en los que la gerencia tenga un diálogo bidireccional con los profesionales sanitarios, necesidad de aumento de equipos de protección, que los gestores al inicio de la crisis hubieran venido a ayudar en la labor de coordinación de los centros de salud en lugar de organizarnos nosotros como mejor creíamos.

“Soy pediatra. He estado encantada de ayudar en la atención de adultos durante esta epidemia. Debe haber mucha más flexibilidad y autogestión en los Equipos de Atención Primaria. Si nos reinventamos después de esto no seremos capaces de hacerlo nunca”.

“Creo que es el momento para potenciarla. Debemos participar en la toma de decisiones y no asumir directamente todas las instrucciones no consensuadas que nos quieran imponer desde otros ámbitos”.

“Plantillas adecuadas, aumentar tiempo por paciente, limitar número de pacientes por día, minimizar burocracia”.

“Falta de liderazgo de responsables, gestores que mandan miles de protocolos y de información y nadie se preocupa de los profesionales, ni de sus cargas de trabajo, ni de su seguridad, ni de sus estados de salud o enfermedad... nada, no somos nadie, menos que números... muy frustrante... Mucha carga de trabajo no vista. Lo mejor el Cabify para ir a ver a los pacientes, se tendría que mantener durante la pandemia”.

“AP creo que ha trabajado y sigue trabajando durante esta crisis y no se le ha tenido en cuenta y ha sido menos valorada, nos han utilizado solo como mano de obra pero no nos han valorado como profesionales que somos, he ahí los médicos fallecidos de Primaria. Nos tendríamos que hacer valer más y que nos tengan en cuenta en protocolos y en las decisiones que tomen en especializada, porque al final el paciente recae en primaria”.

“Los residentes de medicina familiar y comunitaria han asumido un peso desproporcionado en comparación con residentes de otras especialidades, al asumir labores asistenciales en distintos y cambiantes escenarios (centro de salud, guardias hospitalarias,

hospital de campaña IFEMA) sin asegurar el descanso adecuado”.

“Aumentar el personal facultativo en Atención Primaria me parece fundamental, así como un tiempo adecuado para gestionar la asistencia a los pacientes”.

“Ahora más que nunca reforzar la plantilla de médicos”.

“Es imprescindible no volver a las agendas de 50 pacientes diarios. Resultaban inasumibles antes de la pandemia y lo van a ser aún más después de ella. Necesitamos al menos 10 minutos por paciente!!!”

“Pagarnos como médicos, es decir, en “peso de oro”, como nos merecemos. No maltratarnos con jornadas agobiantes y con una cantidad inconmensurable de pacientes. Estar de nuestro lado siempre cuando hay algún problema y no del lado del político de turno que no quiere perder votos, y no contestando a los usuarios como que “nosotros estamos arrepentidos” y “el usuario tiene la razón” en el caso que hay una reclamación por parte de un usuario tan solo para que él se quede contento”.

“La remuneración con días libres es una trampa en la que no debemos volver a caer. Dada la baja cobertura de las bajas, la sustitución entre compañeros, la sobrecarga habitual de agendas, debemos exigir se nos compense con días libres CUBIERTOS y remunerados. No soy optimista con el futuro que nos espera. La atención primaria de salud eficiente y resolutive no interesa desde el punto de vista comunitario puesto que es vista como una especialidad vocacional, altruista, y en contra de los intereses de voto, partidistas y económicos de los partidos liberales”.

“Contratar de momento a los R4 ya adjuntos en junio en sus Centros de Salud al menos hasta fin de año para poder trabajar y coger vacaciones sin gran carga asistencial”.

“Necesitamos más médicos con plazas en propiedad, la longitudinalidad de la AP es nuestra gran ventaja para manejar un cupo. Se necesitan más médicos y más plazas”.

“Creo que en esta crisis y en todas, todo el equipo es importante, no solo médicos. Enfermeros, pediatras, auxiliares, celadores...lo fundamental es potenciar los trabajos en equipo y dar importancia y reconocer el trabajo de todos. Recompensar a todos”.

“Se debería reforzar la atención primaria con más recursos de personal y material”.

“Que desde las sociedades científicas y los centros de salud fomentemos una mayor coordinación con Salud Pública y contribuyamos a su refuerzo dado que en

la Comunidad de Madrid está bastante denostada e infradotada. Gran parte de la descoordinación, a nivel de la comunidad, durante la primera ola de esta crisis viene de la ausencia de un liderazgo y participación de especialistas en Salud Pública, encontrándose muchos de ellos en su casa al no declararles servicio esencial y esperando a ser llamados por Gerencia cuando “haya trabajo en esta crisis para ellos”, mientras en las áreas de salud pública estaban desbordados. Si fomentamos la coordinación de Atención Primaria con las Áreas de Salud Pública, le daremos mayor peso e importancia”.

“La gestión por parte de la Consejería ha sido nefasta. Insuficientes medios de protección, sobrecarga de trabajo aludiendo a la profesionalidad y a la vocación. Inadecuada e insuficiente valoración del papel de atención primaria. Nos tenemos que dar a conocer a la prensa y TV, en contra del hospitalcentrismo”.

“Mejorar comunicación con farmacias de la zona. Tener referentes más claros en el hospital para gestión de casos Covid similar a lo de pacientes crónicos”.

“No necesitamos una gerencia mastodóntica, y por lo tanto ineficiente. Que, por ejemplo, para que te llegue un simple EPI, tiene que pasar por diversas personas en la dirección asistencial y Porres y además lo hagan arbitraria y desorganizadamente. Ni tampoco una Consejería inflada de cargos. Con este ahorro propongo dos medidas concretas: Debemos exigir personal de limpieza en todo el horario de apertura del centro. Deberíamos potenciar la colaboración entre centros próximos, por ejemplo, compartiendo recursos que se han demostrado fundamentales como el coche con chófer para los domicilios. En el tiempo que no estuvieran conduciendo podrían hacer vigilancia en dichos centros, que también estamos deficientes. Y por supuesto dotación de recursos humanos suficientes, así como permitir acceso a pruebas, etc., y facilitar la autogestión de los centros, que finalmente ha sido la única estrategia que hemos tenido para sobrevivir a esta crisis”.

4. Abordaje clínico

“Más acceso a pruebas dx, incluidos rx, que no tengan que pasar necesariamente por urgencias hospitalarias, acceso a analíticas, acceso a tratamientos (nos impiden tratar tempranamente y formar parte de ensayos clínicos)... Más medios”.

“Creo que hemos sido apartados en la confirmación diagnóstica, en el estudio del paciente y en el tratamiento de aquellos que no requerían ingreso hospitalario. Lo que se ha realizado en la puerta de urgencias hospitalaria se podría haber realizado en gran parte en primaria disponiendo de una Rx de tórax, analítica ya disponemos de ella y dejándonos prescribir según protocolos. De este modo se habría colapsado menos el

ámbito hospitalario y quizá haber disminuido el número de ingresos. Somos una especialidad muy bien formada, muy numerosa y muy mal utilizada en esta pandemia”.

“No entiendo como a un médico especialista en medicina de familia no se le ha permitido pautar medicación como Hidroxicloroquina cuando sí podíamos solicitar Rx y valorar los hallazgos. Sí hemos tenido que modificar pautas de tratamiento de compañeros de especialidad hospitalaria o ejercer de psicólogos- psiquiatras, para eso sí estamos. Es patente que no en todos los problemas, como respiratorios, pero es factible la telemedicina acompañada de imágenes”.

“Echo de menos más liderazgo científico de nuestros grupos. No nos hace falta que ningún especialista de hospital nos diga cómo seguir a nuestros pacientes. Nadie es experto en Covid. Somos clínicos y sabemos qué hay que hacer. De tanto hacer cruces en los planes personales se nos ha olvidado mirar, escuchar y tocar a nuestros pacientes. En MF anamnesis y EF son fundamentales”.

“Muy importante reforzar las pruebas complementarias que se pueden solicitar desde atención primaria (troponinas, dímeros D, TAC pulmonar...)”.

“Hay que dar visibilidad a todos esos pacientes casos posibles que nunca salen en las estadísticas, y aun así, se han comportado como si supiéramos seguro que tenían la enfermedad”.

5. Gestión de incapacidad laboral transitoria (IT)

“En mes y poco se ha demostrado que en AP se puede y se debe atender a los pacientes de otra manera, más eficiente, sin demagogia que obligue a atender sin cita presencialmente todo aquello que desee el paciente, o su empresa, con exigencias de justificantes, etc.... Así mismo el tema IT con flexibilidad mayor de entrega, visado de recetas indefinidos y menos engorrosos. Es decir, todo lo que nos ha sido útil para gestionar en plena crisis, es igual de útil sin crisis Covid. Ha sido un experimento que hay que tener muy presente”.

“Las ITs del personal sanitario deberían considerarse enfermedad profesional. El sistema de generar partes por una enfermedad de tal magnitud poblacional debería haberse anulado y sólo precisar una baja y un alta. Siendo además pacientes con alto seguimiento”.

6. Seguridad de los profesionales

“Se debería tener stock suficiente de EPIs”.

“Muchos MAP presentan patologías que requieren tratamientos que pueden incrementar el riesgo propio de afectación por agentes infecciosos, deberían quedar

mejor reflejados los riesgos y las adaptaciones laborales de estos compañeros por parte de los Servicios de Salud Laboral para evitar suspicacias por parte de directores de Centro y personas de las direcciones asistenciales”.

“Plus de peligrosidad como lo tienen otros servicios esenciales, mejoras salariales desde luego, repatriación de médicos que se han ido por las malas condiciones laborales y la baja remuneración. Potenciar teletrabajo médico o crear agendas de “tramites administrativos no clínicos”, revision IRPF para personal sanitario, ventajas fiscales”.

“Epis y test, reconocimiento y respeto”.

“Mejora del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales”.

“Realizar serología a todo equipo de atención primaria. Cuidar más a nuestros profesionales. No forzar la vuelta al trabajo sin guardar tiempo necesario. Dotarles de la protección necesaria. Sustituir a médicos de baja”.

7. Residencias

“Creo que en esta crisis se ha dejado de lado a la Atención Primaria y se ha sobreutilizado la asistencia al hospital así como han estado totalmente desatendidas las residencias de ancianos”.

8. Otras cuestiones (Protocolos, remuneración, investigación)

“Mayor organización a la hora de dar información fiable, por un solo canal, actualizada, unificada...”.

“Instrucciones claras y sencillas. No cada día un protocolo farragoso que contradice el anterior”.

“Mi deseo es que tras esta Pandemia los médicos de AP pudiésemos ser médicos realmente, gestionar nuestras consultas, disponer tiempo para asistencial, docencia e investigación”.

“Creo que se debería escuchar y tener en cuenta a la primaria antes de lanzarse a hacer protocolos que implican a primaria. Muchas veces no son realistas, no tienen en cuenta toda la actividad que realizamos a diario. Cuando los políticos quieren implantar cualquier estrategia comunitaria, y no saben cómo ni quién debe hacerla, se la encasquetan a primaria, sin pararse a pensar si es asumible con el déficit crónico que hay de médicos y pediatras en primaria”.

“Jubilaciones voluntarias hasta los 68”.

“Necesitamos tener datos que generen información para poder modificar la atención a la población en

función de esa realidad de cada ZBS. Los sistemas de información han jugado a favor del Covid”.

“No podemos trabajar con protocolos elaborados sin base científica y que son modificados cada pocos días. Necesitamos que los SPRL de las empresas asuman su trabajo”.

9. Valoración de la AP por la sociedad, opiniones personales y vivencias respecto a la pandemia

“Poner en valor el excelente e incansable trabajo y esfuerzo que han hecho los profesionales de Atención Primaria para enfrentarse a esta crisis”.

“Ojalá que esta crisis sirva para la reorientación de nuestro trabajo. Es una oportunidad que debemos aprovechar”.

“Creo que esta crisis ha demostrado que muchas cosas que parecían imposibles son factibles en la práctica. También ha puesto en valor nuestro trabajo de cara a la sociedad (no así por parte de nuestras autoridades, que nos han ignorado y ninguneado). En su momento, sería deseable una actitud más reivindicativa y exigente”.

“Se debe reconocer la importancia de nuestra labor, ahora y siempre. Y necesitamos más medios!”.

“No creo que tengan que pagarnos más, pero si tratarnos mejor. Dotarnos de los medios adecuados y hacer protocolos coordinados con los hospitales”.

“Hemos demostrado que sabemos trabajar en equipo”.

“Creo que hay que creer en lo que hacemos y hacerlo. Yo he diagnosticado con eco”.

“Pésima gestión por salud laboral. No estoy de acuerdo con el intento de dismantelar AP para gestionar IFEMA. Muy pocos protocolos. Como médico de familia me he sentido olvidada en esta pandemia”.

“Que se valore nuestro trabajo”.

“Mayor visibilización del trabajo y el esfuerzo realizados por parte de la Atención Primaria. Se nos ha olvidado completamente desde el inicio de la crisis en favor de hospitales e IFEMA, que si bien han realizado una labor imprescindible y encomiable, hubieran estado mucho más sobrecargados sin nuestro trabajo en primera línea conteniendo a los pacientes en casa, y valorándolos en domicilio a pesar de las dificultades que nos hemos encontrado para conseguir un transporte sanitario cuando decidíamos que así debía ser. Se nos ha olvidado por parte de las autoridades y por los medios”.

“Concienciar y poner en valor la AP mucho más”.

“No somos santos ni héroes. La mayoría de nosotros intentamos hacer nuestro trabajo lo mejor posible. Nuestro trabajo en atención primaria es importante, integral e importante para la salud del individuo y de la población. Queremos hacer bien nuestro trabajo sin sentirnos desprotegidos o ninguneados”.

“Se nos ha ninguneado desde el principio, si hubiéramos actuado activamente y pudiendo ejercer y TRATAR puede que no hubiera adquirido esta dimensión esta pandemia. Mi sensación es que, increíblemente, nuestra labor es desconocida y despreciada, por ello se sobrecargan nuestras agendas hasta extremos que dificultan un ejercicio adecuado de nuestra profesión”.

“Tendríamos que conseguir ser: más ágiles. Más realistas. Más autocapaces. Más proactivos y participativos”.

“Es el momento de cambiar las cosas”.

“El problema es el de siempre, no contratan los médicos necesarios, más agudizado tras tan poca inversión, la AP se quedó tiritando antes del coronavirus, eso ha generado una mala respuesta ante la pandemia y un stress laboral insoportable en los profesionales, lo hemos pasado muy mal, y seguimos sufriendo, compañeros enfermos de Covid sin cubrir, compañeros que por circunstancias no ven pacientes, esto hace que los que quedamos estamos muy expuestos, saturados y exhaustos. En resumen, se precisa un 25% mas de plantilla de médicos para empezar a poder hacer algo decente, suplir todo, poder descansar”.

“Tengo la impresión de que AP ha sido invisible en esta crisis, nuestros superiores no han sabido luchar por nosotros, me hubiera gustado que desde el inicio de la crisis se hubiera hablado también del trabajo que se hacía en los centros de salud que creo que no se ha valorado ni se valora por parte de nuestros superiores, de nuestros políticos ni de los medios de comunicación. Los aplausos no son suficiente. GRACIAS”.

10. Opiniones sobre la encuesta/ SoMaMFyC/ semFYC

“Enhorabuena por la iniciativa, aunque algunas preguntas se responden leyendo el enunciado, lo cual resta credibilidad a la encuesta, es una buena forma de empezar a trabajar y tener un pequeño punto de partida”.

“Encuesta capciosa e interesada”.

“La encuesta está dirigida a médicas y por tanto es parcial, no global. La opinión de los diferentes profesionales que trabajan en Atención Primaria es importante para que se pueda seguir un rumbo consensuado entre todas”.

“Preguntas demasiado cerradas, debería haber, al menos, una de “no sé” o “no se me ha dado el caso”, respuestas demasiado dirigidas”.

“Gracias por realizar esta encuesta. Ojalá esta crisis nos sirva para aprender y mejorar. Antes de todo esto, vivíamos en una situación ya casi insostenible. Podemos aprender mucho de todo esto”.

“Gracias por elaborar la encuesta, espero que sirva de algo”.

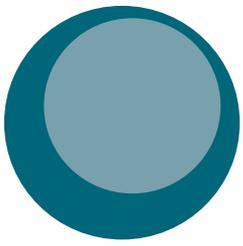
“Me hubiese gustado que semFYC se hubiese movido más y dar más visibilidad de atención primaria en los medios de comunicación”.

“Gracias por intentar que salgamos de ésta reforzados y lo mejor posible. Un abrazo!”.

“Las preguntas son demasiado dirigidas, solo en un caso hay la opción “depende”. Creo que el cuestionario está demasiado dirigido hacia la respuesta. Espero que os sirva de algo”.

“Esta es una buena iniciativa”.

Todos los comentarios se encuentran recogidos en el siguiente [ANEXO](#)



3. Medicina de familia, medicina rural, en Madrid y en tiempos de pandemia

■ Miguel Ángel María Tablado. Especialista en MFyC
Consultorio Local Perales de Tajuña
Grupo de trabajo de Medicina Rural de semFYC y SoMaMFyC

La medicina rural en la Comunidad de Madrid actualmente sólo significa un 8% en personal y gasto sobre el total. Una cifra que aunque parece pequeña implica que seamos más profesionales en el mundo rural en Madrid que los de muchas Comunidades Autónomas más rurales.

La actual organización surge de los antiguos consultorios locales con APD e “iguales” de hace medio siglo. La aplicación de la división de Madrid en 11 Áreas (Gerencias) y a su vez su división en ZBS (Zonas Básicas de Salud) llevó a aglutinar la atención continuada, administración, biblioteca, reuniones en un Centro de Salud cabecera cuya ubicación muchas veces se decidió de forma parcial¹. El médico de familia aun atendía todo tipo de consultas en el centro, en el domicilio y en el medio (calle, carretera, campo).

El crecimiento de la población y el “boom” de la construcción llevo a muchos pueblos a demandar refuerzos profesionales, consultas de tarde de medicina de familia y por ende a suprimir las guardias que pasaron a ser competencia del SAR (Servicio de Atención Rural) y de los equipos SUMMA de atención a domicilio^{2,3}. La desaparición de las guardias, la existencia de consultas de tarde, la jubilación y la reconversión de muchos médicos APD a jerarquizados provocaron la primera desbandada de médicos y la ocupación de las plazas por médicos jóvenes e interinos. Médicos de familia con un perfil docente, de investigación, de formación y calidad científico-técnica pese las condiciones heredadas.

La creación de hospitales más próximos en distancia, pero con servicios médicos, quirúrgicos y centrarles limitados, que ofrecen una cartera de servicios sesgada fue una supuesta mejora para nuestros pacientes que en muchos casos sólo generó y genera agravios comparativos y problemas de toda índole.

La zonificación en 7 zonas con una gerencia única de atención primaria ha hecho perder una oportunidad de mejora de la medicina rural, diluida ahora en las enormes áreas y la gran gerencia, preocupadas por temas mucho más importantes^{4,5}. Todavía en esta

segunda década del siglo xxi la medicina rural en “la cenicienta” (no hay más que ir a un consejo de gestión).

Nuestra población rural esta envejecida diez años más que la media, mucha de ella sobrevive en condiciones de pobreza (analfabetos, brecha digital). Los pueblos de Madrid que están bien comunicados han atraído mucha gente con pocos recursos (en ocasiones ocupas). Las zonas rurales han sido y son semilleros de empleo con los centros socio sanitario tan abundante (con una carga tan importante en farmacia y compras).

Y de repente una pandemia. Con consultorios desperdigados, con almacenes centralizados en pueblos cabecera, con médicos que enferman en cadena. Con la población demandando pruebas y explicaciones. Con la gerencia tan lejos y con tantos intermediarios. Con la amenaza impopular de cerrar consultorios, el desvío de profesionales a otros equipos y cometidos. Se deciden medidas como acortar los horarios, fusionar mañanas y tardes, refuerzo de los SAR.

Se ha recurrido al teléfono, a los taxis para hacer los domicilios, poner consultas de COVID en ocasiones con espacios muy limitados. Los ayuntamientos, servicios sociales y fuerzas de seguridad lo han dado todo. Se han organizado circuitos y procesos asistenciales, dedicando los profesionales mucho tiempo y reinventándose todos en sus funciones y atribuciones.

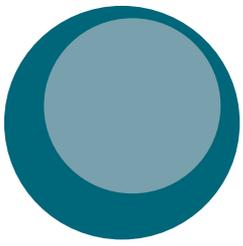
La medicina rural no ha realizado menos esfuerzo, la pandemia se ha contenido en nuestro medio a expensas de ver los datos totales. El drama se ha cebado de los centros socio sanitarios. Hemos sido capaces de trabajar con el teléfono y asumir cargas administrativas únicas. Pero echamos de menos nuestros domicilios, nuestra calle y todos los abuelitos que ha muerto estos días.

En conclusión, pese a la situación de inferioridad arriba relatada la medicina de familia y comunitaria en el entorno rural está preparada para asumir nuevas opciones de tele consulta, técnicas tipo ecografía, re-

distribución de los flujos de pacientes, atención prioritaria domiciliaria. Porque conocemos a la población, la familia, el entorno y su forma de enfermar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 14/1986, 25 de abril, General de Sanidad. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14>
2. Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-4375-consolidado.pdf>
- 3.- Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos de 19 de setiembre de 2005 por la que se dictan instrucciones sobre la creación de los servicios de atención rural. <https://plataformasarmadrid.files.wordpress.com/2016/02/resolucion-19-septiembre-creacion-sar.pdf>
4. Decreto 52/2010, de 29 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid. http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenido-Normativa.jsf?cdestado=P&nmnorma=6641&opcion=VerHtml#no-back-button
5. Decreto 23/2014, de 6 de marzo, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud https://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2014/03/07/BOCM-20140307-1.PDF



4. Organización de la Consulta ahora que escampa

■ José Luis Quintana Gómez
Médico de Familia
CS El Greco. Getafe

El estallido de la crisis provocada por el virus SARS-CoV2 se llevó por delante la organización del trabajo en las consultas de atención primaria. Obligó a separar dos circuitos y a impedir la aglomeración de pacientes en los centros de salud para evitar favorecer la diseminación del virus. Casi de la noche a la mañana obligó a redefinir nuestra tradicional organización que había permanecido casi inalterable desde la reforma de la atención primaria (AP).

La tradicional penuria presupuestaria y de recursos en los centros de salud fue llevada hasta el extremo al enfermar muchos compañeros y la necesidad de desplazar compañeros a IFEMA.

Una vez superada la circunstancia crítica tenemos que intentar aprovechar las cosas que hemos aprendido y volver a la “nueva normalidad de la AP”.

Hay esencias de la AP que deben ser preservadas: la longitudinalidad y la accesibilidad. Cada uno debe intentar ver siempre a sus pacientes y debe ser sencillo contactar con el centro. Debemos alejar el concepto de inmediatez como sinónimo de accesibilidad. La necesidad, a veces autoimpuesta, de resolver todo —por nimio que sea— “ahora mismo” es absurda y en un buen número de ocasiones contrapuesta a la accesibilidad y la equidad. Lo importante debe ir primero y el resto debe ser respondido sin mucho tardar, pero no “ahora”. Por lo tanto, hay que recuperar las agendas individuales (que han desaparecido por obligación en muchos centros) con un número suficiente de huecos para atender el teléfono (citados para ser llamados) para no generar una lista de espera inaceptable. También huecos para presenciales que el propio profesional cite. Lo sencillo, burocrático y menor será resuelto por teléfono. Lo complejo, lo relevante para la salud debe ser atendido presencialmente. Además, debe contemplar tiempo para, por fin, acudir a los domicilios con tranquilidad y sin agobios. Hay que potenciar la atención domiciliaria. Los sistemas llamados “alternativos” deben servir no para obtener una cita presencial si no para que el centro sepa que el paciente necesita tener contacto con el mismo e idealmente orientar la necesidad. Mientras esto no sea así deben deshabilitarse o, en

caso contrario, tener agendas no accesibles a dichos sistemas.

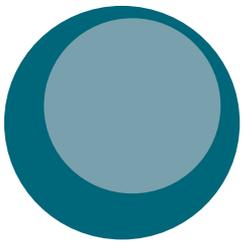
Hay que potenciar todo lo que se pueda la consulta no presencial. El teléfono es buena herramienta, pero sin imagen o la posibilidad de videoconferencia queda cojo. Los sanitarios deberíamos tener un móvil “de la empresa” con aplicaciones para recibir imágenes documentos o videoconferencia. Con el tiempo deben integrarse con el ordenador de consulta e idealmente con la historia del paciente.

Tal vez con el tiempo se puedan explorar nuevas posibilidades, pero ahora me parece poco sensato. Llegará el verano y la consecuente reducción de plantilla por las vacaciones y luego el otoño con sus virus que clínicamente serán indistinguibles del coronavirus de la COVID-19. Necesitaremos sistemas ágiles de cribado (test rápidos y fiables) para separar unas cosas de las otras. Será nuestra prueba de fuego.

Tenemos que mantener un “circuito de respiratorio”. Si hace falta material u obras para hacerlo posible y ágil, habrá que hacerlo.

Por supuesto, hay que mantener la atención a lo urgente que debe ser gestionado y orientado desde la llegada al centro. En esta crisis la enfermería ha demostrado que puede tener un papel muy importante en esta tarea.

Para ser breve y acabar, diré que las unidades administrativas han demostrado que pueden y saben gestionar la necesidad del paciente desde la misma puerta. Este papel debe ser reforzado y valorado. Los médicos hemos de adaptarnos a nuevos roles (la consulta no presencial, maximizar la eficiencia del contacto con el paciente, traspasar tareas que pueden ser asumidas por otros) sin perder la esencia de la medicina de familia. La burocracia debe ser perseguida y erradicada. Debe ser objetivo estratégico del SERMAS. Finalmente, la enfermería ha enseñado que puede y sabe tener un papel muy relevante y mejor del que ahora mismo tiene. Todos tenemos que empujar para que sea posible porque, sinceramente creo, que sin un nuevo papel de la enfermería no es posible una nueva y mejor AP.



5. Situación de la incapacidad temporal (IT) durante la crisis

- Ana Ballarin González C.S. El Greco (Getafe) y Fernando León Vázquez C.S. San Juan de la Cruz (Pozuelo Alarcón) Médicos de Familia. GdT Lex Artis

Los cambios de criterio en incapacidad temporal (IT) durante la crisis y algunas decisiones han sobrecargado de burocracia a los médicos de familia (MF), distrayéndonos de lo verdaderamente importante.

Se codificó con diferentes CIAP y CIE situaciones clínicas dispares en relación al coronavirus (mero contacto, sospecha e infección confirmada); pero todas fueron igualmente asimiladas a **accidente de trabajo** (AT) en sus efectos económicos¹. Esto generó problemas, empezando por solicitudes de cambio de contingencia: *“me ha hecho mal la baja... dice la empresa que es AT...”*.

Como AT, la gestión y abono correspondería a las mutuas colaboradoras de la Seguridad Social¹. Sin embargo, se ordenó emitir las como “enfermedad común” y, mediante un artificio posterior, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) las consideró AT a efectos económicos. Así, su gestión corresponde a los MF y su pago al INSS. Las mutuas no han participado en el proceso, pese a que *“la protección de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, así como de las actividades de prevención de las mismas contingencias que dispensa la acción protectora”* son función suya².

Los servicios de prevención de riesgos laborales (SPRL) de las empresas tienen entre sus funciones garantizar la adecuada protección de la seguridad y la salud de los trabajadores³. En una decisión sin precedentes, para trabajadores especialmente vulnerables en que los no es posible adaptar el puesto laboral, el SPRL “indica” la baja sin enfermedad y les deriva al MF para el “papeleo” de IT (que el trabajador tendrá que devolver a la propia empresa)⁴.

Así que hemos tenido que asumir funciones propias de otros, transformando en bajas situaciones de no-enfermedad, como el aislamiento de trabajadores

sanos o a las gestantes sin posibilidad de adaptación del puesto, que no han podido acceder a la prestación de “riesgo del embarazo”, por falta de acceso al INSS y mutuas.

En cuanto a los circuitos, se permitieron las bajas retroactivas, o sin reconocer al trabajador, prohibido por normas previas. Inicialmente se dijo que *“no será necesario entregar copia de los partes de baja, confirmación o alta”*, para posteriormente aclarar que algunas empresas no tenían comunicación con el INSS y sí que había que imprimirlas y recogerlas, obligando a romper el aislamiento y aumentando el riesgo de contagios.

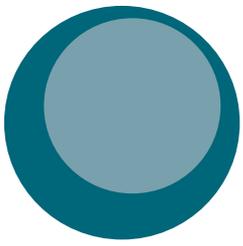
En cuanto a la IT de trabajadores del SERMAS, los SPRL de los centros han enviado las IT para su mecanización a las inspecciones médicas, dejando en manos del MF la emisión del alta (¿?).

En esta situación excepcional se han iniciado caminos que se llevaban demandando desde hace años. Como propuestas futuras, es esencial liberarnos de burocracia vacía de contenido asistencial, aunque requiera cambios legislativos:

- Otorgando el papel en la gestión de la IT por contingencias profesionales a las mutuas colaboradoras.
- Dando capacidad a los SPRL para gestionar las ausencias de trabajadores vulnerables con imposibilidad de adaptación, riesgo de contagio laboral y necesidad de aislamiento preventivo, todos sin enfermedad.
- Facilitando circuitos de comunicación con las empresas y trabajadores: envíos de partes por e-mail desde las unidades administrativas, comunicación INSS-empresas...
- Manteniendo la flexibilidad en cuanto a bajas retroactivas o revisiones no presenciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Artículo 5. Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública. <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/03/10/6>
2. Artículo 80. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2015/10/30/8/con>
3. Artículo 31. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. <https://www.boe.es/eli/es/l/1995/11/08/31/con>
4. Ministerio de Sanidad. Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2. 8 de abril de 2020. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Prevencion-RRL COVID-19.pdf>



6. Perspectiva Comunitaria de la COVID-19: ¿qué ha pasado? ¿y ahora qué?

■ Adrián Carrasco Munera R3. C. S. Calesas
Concha Herranz Calvo. Médico de Familia C.S. General Ricardos
J. Luis Ruiz-Giménez Aguilar. Médico jubilado
Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP)

Creemos muchas veces que la Comunitaria hay que hacerla y que se hace desde el Centro de Salud. La COVID-19 nos ha recordado que en la Comunidad participamos, pero no protagonizamos.

Mientras en nuestros Centros de Salud hemos reorganizado nuestro funcionamiento, los barrios que nos rodean también se han (*re*)organizado. Muchas hemos oído en nuestras llamadas que la cuidadora principal de sus padres mayores tenía que aislarse, descubríamos que nuestras familias vivían hacinadas en habitaciones de pisos compartidos y que teníamos que ingresar a madres solteras con bebés a su cargo.

Antes estas situaciones de vulnerabilidad, las vecinas salían al rescate. Hemos constatado la enorme carga de cuidado no formal que existe y que en estas situaciones de pandemia aumenta considerablemente ante la sobrecarga de la atención formal tanto sanitaria como social y que por lo tanto hay que apoyar y cuidar.

Las redes de solidaridad del barrio han funcionado para que la comida llegase a las vecinas, los niños tuvieran alguien que les cuidase, las medicinas llegasen a nuestros mayores. Esta Participación Comunitaria seguía viva mientras en los Centros de Salud nos enmarañábamos con protocolos, actualizaciones y falta de protección.

En lo institucional, hemos vivido la necesaria coordinación con servicios sociales y otras entidades de los distritos, cómo se han ido desbordando y cómo han ido y van reorganizando el servicio de demandas crecientes. El papel de las trabajadoras sociales y de las comisiones de participación en los Centros se ha puesto en valor dentro de los equipos, teniendo un papel primordial en la lucha contra los estragos sociales de la COVID-19.

La mal llamada, a nuestro gusto, transmisión “comunitaria” ha dado lugar a respuestas realmente comunitarias, permitiendo que la sanidad universal haya llegado de la mano de personas sin cobertura sanitaria que

detectábamos como casos posibles al hacer estudio de contactos y que han sido dadas de alta en el sistema de forma inmediata. La Comunidad hasta ahora les daba la espalda y les imponía sus normas, pero las normas de exclusión sanitaria por suerte se han roto.

Donde ya se participaba en procesos con la comunidad ha sido más fácil la coordinación con los recursos y la coordinación de situaciones de vulnerabilidad. Y donde no existían han ido llegando a los Centros gracias a los vecinos y vecinas.

Esto es lo que en estos meses ha ocurrido, pero ¿Y ahora qué?

Ahora es el momento de entrar en esa red si hasta ahora no lo habíamos hecho y ser un integrante más del barrio. La mejor forma de hacerlo es conocer y ser conocido. El barrio tiene que saber que puede contar con su Centro de Atención Primaria como una pieza más del engranaje, no sólo en la enfermedad, sino también en la salud.

Es también el momento de repensar nuestras ideas de “la Comunitaria”. Podemos empezar apartando a un lado la idea de que “la Comunitaria” es dar charlas y talleres. Hemos visto lo que es nuestro barrio y su solidaridad vecinal y esa es la verdadera Comunitaria. Conozcamos, mapeemos, exploremos el barrio de la mano de sus habitantes. Que nos enseñen sus rincones, sus negocios, sus plazas y sus parques; y nosotros aprendamos a usarlos para mejorar la salud de las vecinas. Que busquemos junto a ellas cómo cada una se puede beneficiar de los recursos del barrio.

La Comunitaria es poner la mirada en lo que nos da salud y trabajar desde ahí con nuestras pacientes. Tener una perspectiva comunitaria en esta crisis es saber que el barrio sigue vivo y que nuestras pacientes pueden contar con sus vecinas y entidades locales. Lo sanitario de esta crisis parece desacelerar, pero lo social y comunitario tiene que seguir subiéndose la curva pues son cada día más necesarios.

Check-list de la Comunitaria en tiempos de COVID19

Aunque en tu Centro de Salud estéis hasta arriba y las actividades comunitarias se hayan parado, el barrio sigue vivo y las vecinas se están (re)organizando. Aquí tienes unos sencillos pasos para seguir siendo parte de la red comunitaria.

Trabaja en equipo

No estas sola en el centro de salud

Si no conoces la red comunitaria del barrio; recuerda que la trabajadora social, la enfermera, la administrativa o la pediatra pueden acercarte a ella

La Asociación de Vecinas

Seguro que ya se han puesto en marcha para salir juntas de esta

Pueden darte contactos para el apoyo del cuidado de tus pacientes (ir a la compra, a la farmacia, pasear al perro, etc)

Pregunta por los Cuidados

Cuando llames a tus pacientes, no olvides preguntar por personas a su cargo, con quién conviven o cómo se organizan el aislamiento



La soledad no deseada

Muchas de tus pacientes ya vivían solas, pero esta situación las aísla aún más

No te olvides de estar pendientes de ellas aunque no presenten síntomas



El Mercado

Muchos mercados municipales se han organizado para poder llevar la compra a casa. Recomienda a las pacientes aisladas el pequeño negocio del barrio

Muéstrate disponible

La Comunitaria no es protagonizar, sino participar. No es necesario que desde el Centro de Salud tengáis ninguna iniciativa concreta, simplemente estad dispuestas a que se cuente con vosotras como parte de la red de cuidados del barrio

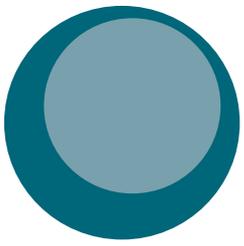


Difunde la Comunitaria

Si tus compis están saturadas de protocolos del COVID19, ayúdalas a desconectar iniciándolas en la red comunitaria del barrio



Elaborado por • Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de la SoMaMFyC (PACAP-Madrid)



7. Tratamiento farmacológico de la COVID-19

■ Susana Domínguez Mateos
Residente de 2º año de MFyC.
Grupo de trabajo de farmacoterapia
CS Dr. Pedro Laín Entralgo

Desde el grupo de trabajo de farmacoterapia de nuestra sociedad queremos ofrecer unas pinceladas sobre las escasas evidencias que soportan el uso de fármacos para la COVID-19. Estos son los fármacos más utilizados a día de hoy:

CLOROQUINA/HIDROXICLOROQUINA

Son fármacos antimaláricos, antiinflamatorios y con capacidad inmunomoduladora^{1,2}.

In vitro, la cloroquina parece ser efectiva para limitar la replicación del SARS-CoV-2 y la hidroxicloroquina ser más potente.

Existe un reciente estudio de bajo nivel de evidencia e importantes limitaciones metodológicas que en sus resultados concluye que el uso de hidroxicloroquina en paciente hospitalizados con diagnóstico positivo de SARS-CoV-2 disminuye la carga viral o la hace desaparecer. Efecto que es potenciado con la adición de Azitromicina.

Las revisiones sistemáticas que se han realizado desde entonces, mantienen que el nivel de evidencia es muy bajo como para establecer si tiene algún efecto sobre la mortalidad, el requerimiento de Ventilación Mecánica o algún efecto sobre la negativización de la PCR y alertan que la asociación de Hidroxicloroquina y Azitromicina³ pueden prolongar el intervalo QTc y provocar arritmias en pacientes susceptibles.

Aún así, son opciones interesantes de investigar en ensayos clínicos aleatorizados y controlados.

LOPINAVIR/RITONAVIR

Lopinavir es antiviral inhibidor de la proteasa del VIH-1 y VIH-2 mientras que el Ritonavir inhibe su metabolismo aumentando los niveles plasmáticos⁴.

La combinación de lopinavir-ritonavir ha mostrado eficacia *in vitro* y en modelos animales frente a los virus SARS-CoV y MERS-CoV, aunque en el Ensayo Clínico Lotus China en pacientes con infección de COVID-19

y neumonía asociada, no ha conseguido aportar un beneficio claro y además posee una gran capacidad de interacción con otros fármacos y de prolongar el intervalo QT.

Otros efectos adversos incluyen alteraciones frecuentes como diarrea, náuseas, vómitos, hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia, siendo menos frecuente pero grave, la pancreatitis.

TOCILIZUMAB

Anticuerpo monoclonal, inhibidor de la IL-6, autorizado para el tratamiento de la artritis reumatoide y el síndrome de liberación de citoquinas asociado (SLC) a células T-CAR⁵.

Con su uso empírico, se ha intentado frenar la fase inflamatoria de la infección por SARS-CoV-2 aunque no existen Ensayos Clínicos con resultados disponibles.

La única fuente de información de la que disponemos en estos momentos, son estudios sobre pacientes con tumores hematológicos tratados con fármacos T-CAR que han desarrollado un SLC y en los que algunos de ellos recibieron terapia con tocilizumab, cuyos resultados han sido extrapolados a la población COVID-19 con importantes limitaciones.

A petición de la FDA se están desarrollando varios proyectos de investigación de seguridad y eficacia de TCZ en pacientes con neumonía grave por COVID-19.

Su efecto inmunosupresor conlleva un riesgo elevado de sufrir infecciones concomitantes.

REMDESIVIR

Análogo de los nucleótidos experimental, con actividad viral de amplio espectro. Se utilizó inicialmente como tratamiento del Ébola y se está estudiando por poseer actividad *in vitro* frente al coronavirus con buenos resultados en experimentación animal frente al causante del MERS.

La FDA ha concedido una autorización a 1 de mayo de 2020 de uso en emergencia en pacientes hospitalizados en estado grave tras mostrar un efecto positivo en el tiempo de recuperación. En un estudio muy reciente publicado en The Lancet⁶ no se encontró diferencias en el tratamiento de los pacientes con COVID-19 grave y se avisaba de la necesidad de realizar nuevos estudios que avalasen la mejora en el tiempo de recuperación.

La misma farmacéutica fabricante, Gilead Sciences, afirmó que los resultados de su estudio no fueron concluyentes y fueron publicados prematuramente el

30 de abril de 2020 en la página de la OMS de donde fue retirado posteriormente.

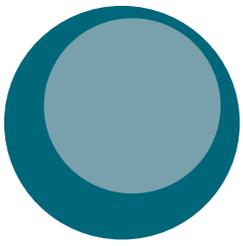
Los efectos adversos más comunes son náuseas e insuficiencia respiratoria, siendo la principal reacción adversa la hipotensión infusional.

Otros fármacos en estudio son¹: Sarilumab, Siltuximab, Ruxolitinib, Interferón Alfa-2B e Interferón Beta-1B.

Por lo tanto, de momento, no se posee evidencia suficiente procedente de ensayos clínicos controlados que permitan recomendar un tratamiento específico para SARS-CoV-2.

BIBLIOGRAFÍA

1. <https://www.aemps.gob.es/la-aemps/ultima-informacion-de-la-aemps-acerca-del-covid%E2%80%9119/tratamientos-disponibles-para-el-manejo-de-la-infeccion-respiratoria-por-sars-cov-2/>
2. <https://www.epistemonikos.cl/2020/03/27/systematic-review-preliminary-report-antimalarials-for-the-treatment-of-covid-19/>
3. <https://grupoinfeccsomamfyc.wordpress.com/2020/04/02/hidroxicloroquina-y-azitromicina-en-la-infeccion-por-covid-19-comentarios-al-trabajo-de-gautret-el-al/>
4. https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/COVID-19/cochrane_navarra_covid-19_lpv_r.pdf
5. https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/COVID-19/cochrane_navarra_covid-19_tocilizumab.pdf
6. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31022-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31022-9/fulltext)



8. Situación de la accesibilidad a Radiología y utilidad de la ecografía pulmonar en la pandemia COVID-19

■ Nieves Rodríguez-Pascual, C.S. Las Ciudades (Getafe)
Maria Pino Calderín-Morales, C.S. Las Ciudades (Getafe)
Rafael Alonso-Roca, C.S. Mar Baltico
Antonio Calvo-Cebrian, C.S. Galapagar
Médicos de Familia. GdT Ecografía SoMaMFyC

Durante esta pandemia, la atención primaria (AP) se ha encargado de la valoración, triaje y seguimiento de los pacientes que han consultado en el centro de salud (CS) tanto presencialmente, en consulta y domicilios, como por teléfono, así como del seguimiento de las altas hospitalarias. En la mayoría de los pacientes la infección por SARS-CoV-2 cursa como un cuadro leve, pero en ciertos casos se desencadena proceso inflamatorio pulmonar o multiorgánico que conlleva la necesidad de tratamientos específicos y/o hospitalización.

El uso exclusivo de signos clínicos¹ (duración de síntomas, saturación, auscultación cardiopulmonar, comorbilidad asociada, síntomas de alarma) podría no ser lo suficientemente sensible para detectar muchos casos que comienzan a complicarse, ya que no presentan signos de gravedad en la exploración. Una de las barreras ha sido la dificultad en la accesibilidad a la radiografía de tórax (Rx), para la que casi siempre es necesario desplazar al paciente para su realización, sea a nivel hospitalario o ambulatorio, lo que conlleva un riesgo añadido evitable, y a su vez, puede haber contribuido a empeorar el colapso ya existente de los servicios de urgencias. Por tanto, entendemos que debiera ser un objetivo prioritario para el médico de familia seleccionar qué pacientes comienzan a presentar una *afectación pulmonar* y/o una mala evolución antes de que aparezcan complicaciones graves, resultando determinante en este contexto pandémico el poder disponer de una herramienta como es la ecografía pulmonar (EP) de apoyo a la toma de decisiones.

Desde hace años disponemos de ecógrafo en la mayoría de centros de salud de Madrid. La EP ha demostrado con anterioridad su utilidad en la evaluación de diferentes cuadros respiratorios, como neumonía, derrame pleural o neumotórax². Recientemente, también se ha demostrado en va-

rios trabajos su utilidad en el escenario clínico de COVID-19, en un entorno hospitalario^{3,4} y algunas revisiones sistemáticas han sugerido su utilidad en AP^{5,6,7,8,9}.

Varios estudios demuestran incluso una mayor sensibilidad de EP que de la Rx para detectar alteraciones en enfermedades pulmonares intersticiales y alveolares-intersticiales con una distribución periférica, con mejor correlación con la TC¹⁰. También se ha sugerido que EP podría ser capaz de detectar lesiones pulmonares antes del desarrollo de hipoxemia en el contexto de COVID-19 y podría resultar de gran ayuda en la evaluación de pacientes sintomáticos en AP¹⁰.

Además, la EP una técnica de rápida ejecución, con una curva de aprendizaje breve para lograr una capacitación básica¹¹. Los hallazgos en EP observados en pacientes con COVID-19^{12,13,14,15} son: línea pleural discontinua e irregular, líneas B en una variedad de patrones incluyendo focal, multifocal y confluyente, y consolidaciones subpleurales (*Figura 1*), estableciéndose criterios de probabilidad basados en patrones ecográficos¹⁶. El Grupo de Trabajo de Ecografía de semFYC ha realizado un vídeo formativo¹⁷ y ha establecido un algoritmo de decisión¹⁸ con una sencilla escala de gravedad ecográfica de fácil aplicación para el médico de familia.

Por todo ello proponemos que la EP realizada por el médico de familia puede resultar de gran utilidad ante un paciente con sospecha de infección por SARS-CoV-2, aumentaría la autonomía del médico de familia al poder diferenciar a los pacientes con y sin daño pulmonar, e incluso otras patologías con síntomas respiratorios similares, y minimizaría contagios al evitar desplazamientos al paciente. No obstante, es fundamental la protección del ecógrafo y del explorador de forma adecuada¹⁷, lo cual puede inhabilitar el aparato durante la pandemia para otros usos. Los ecógrafos

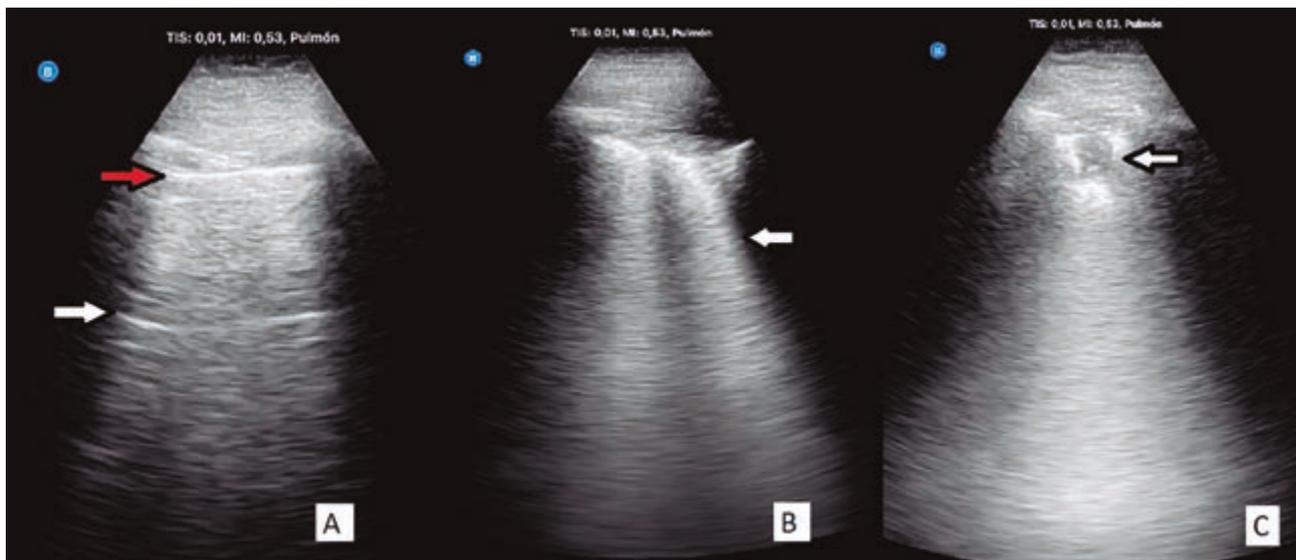


Figura 1. A: imagen estática de ecografía pulmonar normal, con línea pleural (flecha roja) que en imagen dinámica tiene un movimiento llamado deslizamiento pleural o “sliding”; la flecha blanca señala una línea A, que se observan en el pulmón aireado. **B:** Líneas B confluentes que corresponde al patrón intersticial típico de la neumonitis en COVID-19. **C:** Consolidación subpleural.

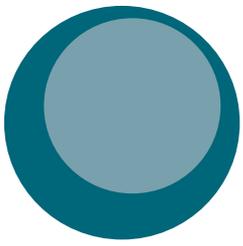
de bolsillo pueden ser una solución. Con adecuada protección, el riesgo puede ser incluso menor que la auscultación.

En cuanto al seguimiento de los pacientes tras alta hospitalaria, no hay datos de momento de su utilidad, aunque probablemente los haya próximamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Molero JM, Molina J, Ocaña D, Canals M, Monfort N, Tranche S. Criterios de atención clínica y de derivación hospitalaria de pacientes diagnosticados como casos probables de infección por SARS-CoV-2. Barcelona, semFYC, 2020. Disponible en: <https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2020/03/Criterios-SARS-COV-2-20200320.pdf>
2. Volpicelli G, Elbarbary M, Blaivas M, Lichtenstein DA, Mathis G, Kirkpatrick AW, et al. International evidence-based recommendations for point-of-care lung ultrasound. *Intensive Care Med.* 2012; 38(4): 577-91.
3. Lu W, Zhang S, Chen B, Chen J, Xian J, Lin Y, et al. A Clinical Study of Noninvasive Assessment of Lung Lesions in Patients with Coronavirus Disease-19 (COVID-19) by Bedside Ultrasound. *Ultraschall Med.* 2020.
4. Y H. A Preliminary Study on the Ultrasonic Manifestations of Peripulmonary Lesions of Non-Critical Novel Coronavirus Pneumonia (COVID-19). In: Wang S LY, Zhang Y, Zheng C, Zheng Y, et al, editor.: *SSRN Electron J*; 2020.
5. Sorensen B, Hunskaar S. Point-of-care ultrasound in primary care: a systematic review of generalist performed point-of-care ultrasound in unselected populations. *Ultrasound J* 2019; 11(1): 31.
6. Andersen CA, Holden S, Vela J, Rathleff MS, Jensen MB. Point-of-Care Ultrasound in General Practice: A Systematic Review. *Ann Fam Med* 2019; 17(1): 61-9.
7. Bhagra A, Tierney DM, Sekiguchi H, Soni NJ. Point-of-Care Ultrasonography for Primary Care Physicians and General Internists. *Mayo Clin Proc* 2016; 91(12): 1811-27.
8. Calvo Cebrián A, López García-Franco A, Short Apellaniz J. [Point of Care Ultrasound in Primary Care. Is it a high resolution tool?]. *Aten Primaria* 2018; 50(8): 500-8.
9. Buonsenso D, Piano A, Raffaelli F, Bonadia N, de Gaetano Donati K, Franceschi F. Point-of-Care Lung Ultrasound findings in novel coronavirus disease-19 pneumoniae: a case report and potential applications during COVID-19 outbreak. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2020; 24(5): 2776-80.
10. Soldati G. Is there a role for lung ultrasound during the COVID-19 pandemic? 2020; Mar 20.

11. Vetrugno L, Bove T, Orso D, Barbariol F, Bassi F, Boero E, et al. Our Italian experience using lung ultrasound for identification, grading and serial follow-up of severity of lung involvement for management of patients with COVID-19. *Echocardiography* 2020; 37(4): 625-7.
12. Peng QY, Wang XT, Zhang LN, (CCUSG) CCCUSG. Findings of lung ultrasonography of novel corona virus pneumonia during the 2019-2020 epidemic. *Intensive Care Med* 2020.
13. Soldati G, Smargiassi A, Inchingolo R, Buonsenso D, Perrone T, Briganti DF, et al. Proposal for International Standardization of the Use of Lung Ultrasound for Patients With COVID-19: A Simple, Quantitative, Reproducible Method. *J Ultrasound Med.* 2020. doi:10.1002/jum.15285
14. Volpicelli G, Gargani L. Sonographic signs and patterns of COVID-19 pneumonia. *Ultrasound J* 2020; 12(1): 22.
15. Smith MJ, Hayward SA, Innes SM, Miller ASC. Point-of-care lung ultrasound in patients with COVID-19 - a narrative review. *Anaesthesia.* 2020.
16. Volpicelli G, Lamorte A, Villén T. What's new in lung ultrasound during the COVID-19 pandemic. *Intensive Care Med* 2020; DOI: 10.1007/s00134-020-06048-9
17. Vídeo formativo de ecografía pulmonar en COVID-19. GdT Ecografía semFYC. Disponible en: <https://www.semfyec.es/todo-lo-que-hay-que-saber-sobre-covid-19-y-la-utilidad-de-la-ecografia-en-atencion-primaria/>
18. Algoritmo de manejo mediante ecografía del paciente con síntomas sugerentes de infección por COVID-19 en Atención Primaria. Disponible en: <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2020/04/Eco-COVID19.pdf>



9. Lo que nos ha mostrado el SARS-COV2

■ Alberto López García-Franco
Médico de Familia. Centro de Salud Dr Mendiguchía Carriche. Leganés

Como en las novelas góticas de vampiros, de la mano de un murciélago, nos ha surgido un enemigo que amenaza con desestabilizar el planeta. No sabemos su huésped intermedio (quizás el pangolín u otro mamífero que rime con Shaolin) y la mayoría de los expertos rechazan aceptarlo como ser vivo. Se trata tan sólo de una molécula (en este caso de ARN) arropada por otra molécula (cubierta de proteínas). Pero lo cierto es que esta doble molécula amenaza no sólo la vida de muchos seres humanos, sino la economía, la cultura, las normas y los usos. Como en tantas ocasiones en medicina, en este juego del péndulo hemos pasado de un extremo al otro. De la desinformación más absoluta, en la que afloran teorías conspiratorias de toda índole relacionadas con laboratorios asiáticos versados en el mal (habrá quien, si se demuestra el efecto benéfico de la nicotina sobre el virus, implique a la industria tabacalera), hasta la erudición de la población en todo lo referente a las zoonosis, efectos de los antimaláricos, sensibilidad de la PCR y valor predictivo positivo de la serología. Incluso mi cuñada me preguntaba sobre la incidencia de Kawasaki en población infantil, a propósito de los 20 casos identificados en España durante la pandemia. A fuerza de información tenemos una población versada en el triaje, la inmunidad de rebaño, o el techo terapéutico.

El *SARS-COV-ESTE* nos ha enseñado también cómo la medicina pública ha llegado al rescate de la población y esto nos debería llevar a un escrupuloso cuidado y protección del Sistema Nacional de Salud racionalizando sus usos y atemperando sus expectativas. De no hacerlo, mucho me temo que iremos abocados a una atención sanitaria para ricos y otra para pobres, con los riesgos para los dos colectivos: en unos por sobretratamiento y sobrediagnóstico (con su carga de iatrogenia) y en otros por desatención. La cobertura sanitaria universal depende de aspectos relacionados con la equidad, la solidaridad y la dignidad, y como apunta el economista francés Thomas Piketty, no es una cuestión de economía sino de valores.

Lo que ha chocado en nuestra realidad sanitaria durante esta pandemia es como la Atención Primaria ha sido aparcada como referente de la población. El mensaje que se daba a la ciudadanía ante cualquier duda

o solicitud de ayuda/información sobre el coronavirus, era el de acudir a una serie de números de teléfonos eternamente comunicantes y con escasa capacidad resolutive. Pareciera que la Atención Primaria estaba “cerrada por traspaso” y lo que refulgía, y de qué manera, era la atención hospitalaria. Por cierto, vaya mi reconocimiento por su dedicación y competencia a todos los profesionales de los hospitales por su actuación más que ejemplar. Pese a la escasa visibilidad que la Consejería de Salud nos concedía, el trabajo de los profesionales de primaria y de los centros de salud, ha sido memorable en esa atención telefónica y no telefónica que se ha ofrecido a esa población desinformada pero que seguía teniéndonos como sus referentes. Han sido semanas en las que con pocos medios, sin los adecuados dispositivos de protección y con los recursos humanos mermados se ha atendido/acompañado/llorado a ese cupo con el que tan íntimamente nos sentimos implicados. Hemos realizado avisos domiciliarios con las ampollas de midazolam y de morfina conscientes del eufemismo de lo que significaba techo terapéutico: aquella situación en la que a un paciente se le negaba el derecho a respirador. La Atención Primaria en nuestra comunidad ha sufrido una lamentable falta de potenciación e inversión en los últimos años. Pero aún así, a pesar de los recortes, resulta incomprensible como nuestros gestores no han echado mano de una Atención Primaria suficientemente vertebrada en todo el ámbito de la Comunidad, que hubiera supuesto una estrategia para evitar el colapso hospitalario que se produjo. Hubiera bastado dotarnos de recursos diagnósticos y terapéuticos tan básicos como oxígeno domiciliario y acceso a tratamientos farmacológicos (que con mayor o menor evidencia se estaban aplicando).

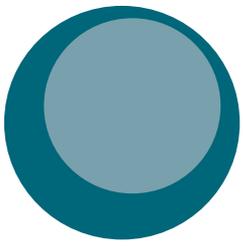
La Consejería de Sanidad de nuestra comunidad recurrió a esa medicina superhéroe de las que nos hablaba Clara Benedicto y Sebatía March en un interesante artículo de la revista AMF de hace unos meses y que tiene en los superespecialistas hospitalarios sus héroes, en las pruebas indiscriminadas sus liturgias y en los hospitales sus templos. La construcción del hospital de IFEMA supuso un golpe de efecto con resultados propagandísticos enormes, pero me pregunto si hubiera sido necesario si se hubiese utilizado adecuadamente el recurso de la Atención Primaria

(el perfil de los pacientes allí ingresados podrían, en un elevado porcentaje de casos, ser llevados en el domicilio por los médicos de familia y las enfermeras de los centros de salud). La medicina superheroica es poderosa, pero como Superman tiene su criptonita que la hace vulnerable, y en este caso fue la realidad. Se supo autosuficiente (como decía Supermán, *la humanidad y yo somos un equipo*) y no supo calibrar sus fuerzas. En su ideal de luchar contra el mal provocó desmanes en forma, no de coches destrozados ni de socavones, sino de colapso y de un hacinamiento en sus dispositivos que facilitaba el contagio.

No hemos participado ni siquiera en la elaboración de los protocolos de seguimiento al alta de los pacientes, esos protocolos que nos dicen qué control clínico debemos hacer en los pacientes que han tenido una neumonía por covid. Parafraseando a la entrañable

Gracita Morales, de las películas de la posguerra española, seguimos con el *sí señorito*, ante todo lo que tengan a bien mandarnos los especialistas del hospital.

Nos esperan tiempos duros en los que restañar las heridas de la pandemia, normalizar nuestra atención a crónicos y reivindicar parte de nuestro apellido comunitario. Trabajar con una comunidad que nos necesita y que se enfrentará a un duelo patológico. Esperamos de la administración que nos alivie de burocracia y nos haga el favor de facilitarnos el trabajo. Hemos aprendido muchas cosas en esta pandemia. A sonreír bajo la mascarilla al reconocer la mejoría de nuestros pacientes (o que estaban vivos), a adivinar la risa en esos ojos que se asomaban tras sus caretas protectoras. A aliviar y acompañar con la consulta telefónica, y a acostumbrarnos a que nos pregunten que qué tal estamos.



10. Ciencia y evidencia en tiempos de pandemia

■ Rafael Llanes de Torres. Médico de Familia
Consultorio Local Pelayos de la Presa (Madrid). Miembro del Comité Editorial de la Revista Médicos de Familia

No se puede más que esbozar una sonrisa ante un titular periodístico reciente que decía algo así como que “cuando más incertidumbre sienten los expertos, más sabe tu cuñado”. Sin embargo, la situación no es solo sumamente seria, sino mucho más compleja de lo que podría parecer. Un brillante editorialista francés hacía muy recientemente¹ una enumeración de motivos de preocupación: estos van desde el súbito e inexplicable incremento de expertos en pandemias, hasta las quejas por no tener —para “por si acaso”— una disponibilidad de camas de cuidados intensivos cuatro veces superior a la que habitualmente está operativa. Realmente resulta llamativo en los ámbitos científicos el gran número de supuestas maestrías, adquiridas generalmente en las pocas semanas de existencia del virus. Pero aún lo es más cómo se arrojan tal grado tantos políticos, periodistas, economistas, etc. La lista no termina ahí: la usurpación de la comunicación científica desde el rigor de los medios contrastados a la inmediatez de las redes sociales, las amargas acusaciones de no haber hecho a tiempo lo suficiente ante una crisis cuya magnitud —no lo olvidemos— nadie podía prever, la injusta y antiecológica organización del mercado mundial que dificulta los suministros en la nueva situación, el falso aprendizaje realizado en las anteriores amenazas recientes de pandemias que no llegaron a serlo.

Como médicos, y como simples ciudadanos, nos ha tocado vivir cómo un mensaje en Twitter del ministro de sanidad francés provocaba que se dejara de usar el ibuprofeno en los afectados por COVID-19; o una simple carta en *Lancet* especulando con los mecanismos de entrada celular del virus hacía saltar una verdadera alarma social entre los usuarios de antihipertensivos del sistema renina-angiotensina. Nos han llegado, viralizados, todo tipo de mensajes de estos nuevos expertos que sí tienen las respuestas con las

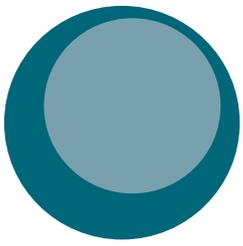
que no da la ciencia oficial: “el único culpable es el macrófago”, “es una coagulación intravascular diseminada, y no un distrés respiratorio”, “no sabemos nada porque no se hacen autopsias”. Y la culpa es de China, o de la OMS, o de quien no decidió a tiempo comprar millones de mascarillas, o de quien impide que se hagan tests semanales a todos los ciudadanos, la culpa, si la hay, nunca es nuestra.

Esta pandemia ha disparado la investigación científica mundial. Sin embargo, algunas publicaciones alcanzan difusión pública antes de su pertinente revisión por pares y publicación reglada. En nuestro entorno, una nota interna de una sociedad científica (la que alertaba de posibles síndromes tipo Kawasaki en niños afectados por COVID) recibe en horas una abrumadora difusión en las redes sociales. Y en las bolsas, las cotizaciones de las farmacéuticas fluctúan a velocidades impensables según parezca que disponen o no de una vacuna o un fármaco eficaz. Mientras, en nuestro trabajo cotidiano, nos bombardean con protocolos de actuación terapéutica que varían de un día para otro... aunque el nivel de evidencia de estos cambiantes algoritmos —como bromeaban los compañeros que han trabajado en el macrohospital de IFEMA— alcanza el grado máximo, “I-a” con un frágil “toda la vida se ha hecho así”.

Serenémonos. No conocemos el futuro. Hace más de un siglo que la humanidad no sufría una pandemia igual. Tenemos muchísimos más medios y tecnología que entonces. Mantengámonos informados, como expertos —esta vez sí— en el campo biosociosanitario, tanto de nuestro entorno socioeconómico, como de los avances en el manejo médico de la enfermedad. Y apliquemos con buen juicio nuestros conocimientos en las comunidades en las que vivimos y trabajamos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stahl, JP. A few thoughts and evidence on the COVID-19 pandemic. *Médecine et maladies infectieuses* 2020;50:227-228. DOI: 10.1016/j.medmal.2020.04.003



11. Atención domiciliaria: otro reto durante la pandemia

■ Dra. Marta Merlo Loranca
ESAPD CS Goya
GdT Atención Domiciliaria y Cuidados Paliativos

Es una obviedad decir que cuando todo esto comenzaba nunca nos hubiéramos imaginado de qué manera iba a influir en nuestro día a día. Hubo que improvisar sobre la marcha una nueva manera de trabajar en el centro de salud y cuando parecía que todo estaba más o menos controlado, surgieron las dudas sobre la atención domiciliaria. Y no me refiero a la certeza que teníamos que había que hacerlo, sino a cual era la mejor forma de hacerlo, cómo ir protegidos, cuántos debíamos ir, si habría que hacerlo en todas las circunstancias...de nuevo muchas preguntas con pocas o ninguna respuesta de forma inmediata, que añadió más incertidumbre a la que ya teníamos.

Desde mi punto de vista creo que nos hemos tenido que enfrentar fundamentalmente a dos grandes problemas: cómo afrontar la visita al domicilio del paciente infectado y la imposibilidad de seguimiento de nuestros pacientes crónicos inmovilizados. En relación con el paciente Covid nuestra forma de trabajar debía verse modificada obligatoriamente. El contacto telefónico ha sido aún más importante de lo habitual, convirtiéndose en la piedra angular para poder filtrar con mayor exactitud la necesidad de acudir al domicilio, con lo que eso conllevaba, y con una dificultad añadida en la mayoría de ocasiones, ya que el paciente no pertenecía a nuestro cupo. Una vez tomada la decisión de ir, surgían preguntas sobre la intendencia o el abordaje, respondiendo esas cuestiones con la actividad del día a día, pero siempre teniendo claro que lo fundamental era la atención sin olvidar nuestra protección.

Pero por otro lado, esta pandemia nos ha reducido la posibilidad de seguir a nuestros pacientes crónicos inmovilizados, ya no sólo por no haber estado atendiendo al cupo habitual, si no porque el hecho de ser menos y tener que dedicar prácticamente todos nuestros esfuerzos al dichoso virus nos ha evitado poder dedicarnos a ellos como lo hacemos habitualmente, aunque considero que hemos intentado suplirlo con el soporte telefónico o la ayuda de enfermería o residentes, de la mejor manera que hemos podido.

No puedo ni quiero dejar de mencionar el cómo hemos tenido que afrontar el final de vida de los pacientes, tanto Covid como de aquellos con enfermedades crónicas avanzadas que se ha tomado la decisión de mantener

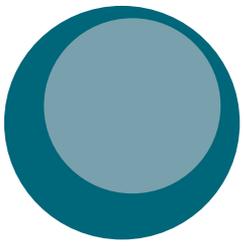
en domicilio. Considero que esto ha generado inquietud en los profesionales, no sólo por los problemas que ha podido plantear el manejo o la accesibilidad a la medicación necesaria, sino por las dudas a la hora de identificar situaciones, por la toma de decisiones sobre la marcha en muchos casos y los propios miedos que genera el acompañamiento al final de la vida. Esto añadido a tener que asistir a los domicilios pertrechados con el traje de protección, lo que dificulta mucho la cercanía al paciente y la familia, o incluso tener que enfrentarnos a esto cuando posiblemente teníamos a alguien cercano en una situación similar. En este sentido hemos tenido la colaboración de los equipos de Cuidados Paliativos domiciliarios para resolver dudas o dar soporte cuando lo hemos necesitado, aliviando un poco algunas de las situaciones que se nos han planteado.

Considero que esto ha trascendido de lo puramente clínico y ha incidido en la parte emocional de los profesionales, no haciendo más que añadir inquietud y tristeza en muchas ocasiones, pero también, y sin ninguna duda, haciéndonos más resilientes porque hemos acompañado y ayudado a que ese momento fuera menos difícil.

No debo concluir sin mencionar a los taxistas o conductores de VTC, que en estos días nos han acompañado a los domicilios de forma desinteresada. Hay que reconocer que ellos han hecho que todo fuera un poco más fácil, no sólo por facilitarnos el traslado sino porque en sus conversaciones hemos encontrado distracción e incluso en algunas ocasiones consuelo.

Ahora queda recuperarse y recomponerse de lo vivido y confiar que dejen que gestionemos nuestra actividad de forma eficiente, tal y como hemos demostrado que sabemos hacerlo durante estas semanas, devolviendo el lugar que tienen nuestros pacientes en domicilio.

En este sentido, creo que debemos reforzar la atención telefónica en los pacientes crónicos inmovilizados, pero también rutinar el contacto con los equipos de atención domiciliaria de Cuidados Paliativos o unidades específicas de Atención especializada, de cara a ir “dibujando” el camino de la toma de decisiones compartida de forma conjunta e incluso reforzando la formación en determinados aspectos, buscando mejorar la calidad y la cantidad de vida de nuestros pacientes.



12. Justicia y solidaridad: un marco ético de acción en las residencias de ancianos durante la pandemia por COVID-19

■ GdT Bioética de la SoMaMFyC

La actual pandemia de coronavirus ha venido a poner en cuestión la configuración de determinados modelos de cuidados muy arraigados en nuestra sociedad, como es el caso de las residencias de ancianos.

Mientras que en países como Singapur la transmisión del Covid19 entre las personas institucionalizadas ha sido mínima, en parte debido a la implantación precoz de medidas preventivas¹, en España y otros países de nuestro entorno la severidad de la enfermedad y la mortalidad causada por el coronavirus ha tenido un impacto considerable en este grupo de población.

Lo ocurrido en las residencias puede ser el paradigma de los errores en la gestión de esta pandemia, entre otras cosas, por la ausencia de planes de contingencia dirigidos a detener precozmente la transmisión de la enfermedad y por la incapacidad del sistema sociosanitario para prestar, en estas circunstancias, unos cuidados adecuados a las necesidades de los más vulnerables.

Pero, esta situación también ha tensionado la práctica de los profesionales sanitarios, que se han enfrentado a no pocos conflictos éticos en la toma de decisiones, como en lo referido a la limitación del esfuerzo terapéutico sin aplicar criterios de equidad, el anteponer el bien común al propio ante la escasez de equipos de protección adecuados, la aplicación de protocolos clínicos improvisados y sin criterios uniformes, o el uso compasivo de fármacos con la consiguiente tensión entre los principios bioéticos de beneficencia y no maleficencia.

Por ello, urge un cambio en el enfoque que debemos dar a los cuidados de los pacientes institucionalizados, porque esta pandemia ha puesto de manifiesto entre otras cosas, la inseguridad de las residencias y la incapacidad para garantizar la salud de las personas que viven en ellas.

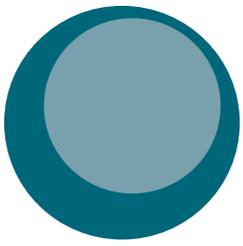
Los nuevos modelos de convivencia para los mayores, como es el caso de los *cohousing*, pueden ser una alternativa, pero, sería una utopía pensar que todas las personas van a tener las mismas posibilidades de acceder a este tipo de viviendas. Es por lo que desde las instituciones públicas se debe prever para todos los ciudadanos, independientemente de sus condiciones económicas y sociales, la disponibilidad de cuidados en condiciones de calidad y seguridad, cuando ya no puedan vivir con autonomía.

En una sociedad envejecida como la nuestra es prioritario establecer, desde el ámbito de lo público, un marco ético de justicia que vaya más allá de la distribución equitativa de los recursos y que englobe a la solidaridad, la cual exige el cuidado de los más vulnerables por los más favorecidos socialmente y por aquellos que reúnen las mejores condiciones de salud², lo que lleva implícito el reconocimiento de la dignidad de las personas.

No debemos esperar a que sobrevenga otra crisis sanitaria para improvisar de nuevo los criterios a seguir en la toma de decisiones, porque corremos el riesgo de equivocarnos buscando el beneficio de la mayoría a costa de sacrificar a los más vulnerables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tan LF, Seetharaman S. Preventing the Spread of COVID-19 to Nursing Homes: Experience from a Singapore Geriatric Centre [published online ahead of print, 2020 Mar 26]. *J Am Geriatr Soc.* 2020;10.1111/jgs.16447.
2. Puyol A. La idea de solidaridad en la ética de la salud pública. *Rev Bio y Der.* 2017; 40: 33-47.



13. Situación de los centros residenciales geriátricos durante la pandemia COVID-19

■ Rosa Ana García Pliego
Médico de Familia C. S. Griñón
GdT Atención al Mayor SoMaMFyC

En marzo de 2020 llegó el SARS-CoV-2 a las residencias de ancianos. Allí encontró una población tremendamente vulnerable, con enormes probabilidades de contagiarse unos a otros. Era el lugar ideal para atacar, y, silenciosamente, empezó la guerra.

Las residencias cerraron las puertas a las visitas, para evitar contagios desde el exterior. Pero el coronavirus ya estaba dentro. Al principio eran pocos ancianos, y los trabajadores de las residencias empezaron a aislarlos, intentando separar sanos y enfermos. No fue tarea fácil, ya que las habitaciones eran compartidas, las demencias se desorientaban con el cambio, nadie quería compartir espacio con pacientes agresivos, y sin test, sólo guiándose por los síntomas, un anciano con tos o febrícula era “condenado” a la zona de positivos, donde se contagiaría si no lo estaba ya.

Empezaron a dispararse los casos. Casi el 100% de los residentes estaba infectado. Entonces llegó la orden de “no derivar al hospital”. Eso, si conseguías una ambulancia, porque se negaban a trasladar pacientes de residencias. El personal intentaba ayudarles con los medios que tenían a su disposición (oxígeno, antibióticos, sedación paliativa). Pero el coronavirus es muy agresivo, y los fallecimientos se multiplicaron. El colapso fue tal que las funerarias no podían recoger los cadáveres, los cuales esperaban 1 o 2 días en el gimnasio, acondicionado como tanatorio temporal.

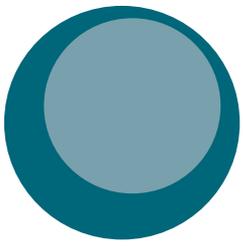
Los trabajadores de las residencias también fueron víctimas del virus, y las plantillas quedaron reducidas a la mitad. Algunos profesionales se encerraron en las residencias para pasar la cuarentena trabajando. Era imposible contratar más personal, y los que quedaban estaban agotados física y emocionalmente.

A pesar de las llamadas telefónicas diarias, los familiares se pusieron nerviosos. La prensa denunciaba: “los ancianos mueren solos y sin atención”. Si fallecían 10 pacientes en el hospital, es que estaban muy enfermos; si era en una residencia, se abría una investigación. Sanidad decidió tomar cartas en el asunto y “colaboraba” llamando a diario pidiendo estadísticas

y datos. UME, bomberos y protección civil acudieron para desinfectar los centros. Los ESAPD ayudaban en la toma de decisiones y proporcionaban medicación a los centros. Empezaron a llegar los EPIs. De vez en cuando se acercaba algún médico del centro de salud o el geriatra del hospital. Pero las ayudas llegaron tarde. El virus ya había ganado la batalla.

¿QUÉ MEDIDAS PODEMOS TOMAR PARA QUE ESTA SITUACIÓN NO SE REPITA?

- Las autoridades competentes deben informar a la población de forma clara y con base científica. Los reglamentos sanitarios deben valorar todas las posibles situaciones, ya que los centros geriátricos son heterogéneos, y sus residentes, también. Los protocolos cambiantes, las informaciones confusas, la prensa y las redes, generan malentendidos que alarman a la población.
- Los convenios de residencias deben revisarse. Con ratios adecuados de auxiliares y DUEs, y sueldos más altos, se conseguirían plantillas de profesionales más estables. Actualmente la rotación de personal en estos centros es muy alta, y eso repercute en el cuidado de los residentes.
- La ausencia de test favorece la difusión del virus. El personal nuevo o que se reincorpora a los centros después de una baja no tiene ninguna prueba que confirme su negatividad o inmunización.
- Es urgente mejorar la coordinación socio-sanitaria. Atención Primaria, en general, no colabora con las residencias, salvo en gestiones burocráticas. Son pocos los centros de salud que cuentan con un Equipo de residencias, aunque los resultados son muy positivos. El equipo tiene actividad asistencial, proporciona el material sanitario, organiza la burocracia, se coordina con el hospital de referencia, imparte docencia. La existencia de estos equipos es un gran apoyo para los centros residenciales, y un recurso fundamental en la guerra contra el temido SARS-CoV-2.



14. Perspectivas sobre IFEMA

■ Alicia Díaz Revilla
Médico de Familia
CS San Juan de la Cruz Pozuelo

Hablar con *perspectiva* del “Hospital IFEMA” abierto el 21 de marzo y cerrado el 1 de mayo, trascurridos menos de 2 meses y a tan poco tiempo de su clausura es algo pretencioso. No tengo suficiente *perspectiva*, están aún muy recientes un montón de emociones, tal vez, esto me ocasione escribir más con el corazón que con la cabeza.

En 40 días que permaneció abierto, mucho se ha escrito sobre él, bueno y malo.

Soy médica de Familia, tutora, socia de SoMaMFyC, comprometida con la Atención Primaria, defensora de la sanidad pública y he trabajado en “Hospital IFEMA 24 días; realizo este preámbulo porque en un principio, tuve la sensación de tener que justificarme ante muchos por haber tomado esta decisión.

Cuando comenzó la pandemia, realizaba como tantos profesionales de AP esos días consulta COVID, atención telefónica, visitas a domicilio; preocupados por atender a esa población vulnerable de la comunidad: ancianos, discapacitados, migrantes, mujeres maltratadas, que en este momento más nos podrían necesitar y además controlando las demás patologías. Nuestra función habitual, como primer recurso en salud, como filtro de demanda y ahora detección de posibles enfermos de Covid, se mostraba más útil que nunca. Al complicarse la situación, las Gerencias nos demandan ir voluntarios al “Hospital IFEMA”, al igual que otros sanitarios, vi una oportunidad de ayudar. No valoraré si la A. Primaria se desmoronaba, en esos momentos tampoco había A. Especializada, algunos compañeros enfermaban, otros centros cerraban y los pacientes eran de todos y para todas.

En mi opinión, nos llevó a IFEMA la vocación médica, esa que recitamos en el “Juramento Hipocrático” y en esta coyuntura entendimos la podríamos desarrollar allí. Estaba mi tutor, mi Residente, sentía que en esa cadena generacional y de continuidad de formación que es MFyC faltaba yo. Ha sido esto, otra experiencia magnífica.

Reflexionando sobre IFEMA y que ha podido enseñarnos, creo que como cualquier entidad al ser valorada tiene matices y conviene tener *diferentes perspectivas*, para apreciarla. Perspectivas sobre IFEMA:

• **De Administraciones:** hablan de El Hospital COVID-19, como un hito en la sanidad y en la historia

de la AP madrileña. Levantaron un gran Hospital monográfico, con problemas pero que dio una respuesta sanitaria en un momento crítico, y sirvió para desahogar la situación.

• **De Atención Primaria:** ha demostrado la capacidad de adaptación que tienen sus profesionales. Puede presumir de haber llevado el mayor peso de la labor asistencial en el citado Hospital, además de haber seguido realizando sus tareas. Este trabajo ha sido reconocido por profesionales de otros ámbitos. En los CS ha servido de aliciente, de unión, sabían que el Equipo estaba también en IFEMA, y para los de allí era un descanso que sus pacientes siguieran atendidos. Aunque es cierto también fue causa de su sobreesfuerzo.

• **De Medicina de Familia:** nuestros Residentes han sido mano de obra útil y utilizada, pero pudieron demostrar su interés, formarse en una nueva patología, con competencia, de modo que, pudieron ser oídos y consensuar decisiones con los rangos atribuidos por la organización de IFEMA. La Especialidad pudo dejar la impronta de sus peculiaridades en esos pacientes, que con la atención convencional hospitalaria no hubieran recibido; desarrollando su papel de preocupación por la familia, la comunidad del paciente, intentando prestar una atención integral en un contexto donde los demás solo veían COVID, MFyC hizo medicina más allá del COVID.

• **De pacientes:** Además de lo aportado a los hospitalizados, los pacientes de los CS se han sentido orgullosos del paso de sus profesionales de AP por IFEMA, y así lo han manifestado a nuestra llegada, preocupados por nosotros. Han entendido en su mayoría, que su atención se tuviera que prestar ahora de otra manera.

• **Para mí:** Una experiencia brutal, no parecido a nada previo. He podido desarrollar áreas competenciales propias de mi Especialidad en otro ámbito, como la investigación, el trabajo en equipo, la responsabilidad asistencial, la docencia, la gestión de recursos, la calidad y sobretodo el manejo de la incertidumbre.

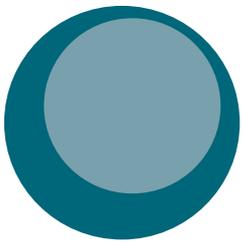
En vista a mejorar, deberíamos revisar algunas cuestiones como el riesgo al que hemos estado expuestos, el estrés, las órdenes contradictorias que recibíamos basadas en no sabemos qué criterios o intereses como

la propaganda, y sobretodo haber sido supervisados por residentes hospitalarios, a pesar de ser adjuntos, en ese concepto equivocado que se tiene a veces desde estamentos directivos de que en primaria tenemos conocimientos “primarios”, cuando aquí empezábamos todos de nuevo.

En conclusión, “IFEMA” ha sido enriquecedor para los que fuimos y revertir lo aprendido sobretodo aportará un enfoque nuevo a nuestra tarea en próxi-

mos meses de lo que se beneficiarán los pacientes y compañeras/os. Todos los sectores sanitarios de Madrid trabajamos en IFEMA unidos por sacar un proyecto adelante y eso nos debe hacer sentir contentos. Hemos asistido a algo nuevo, y ha supuesto como todo aprendizaje avanzar en el ensayo “acierto-error”.

Considerar perspectivas desde el optimismo y sin complejos.



15. Situación del uso de la tecnología durante la crisis

■ Bravo Toledo R.
Médico de Familia C. S. Linneo

Los profesionales sanitarios nos hemos enfrentado no sólo a una nueva enfermedad sino también a una nueva forma de trabajar e interactuar con los pacientes. Las nuevas y viejas tecnologías han ayudado, pero podría haberlo hecho más si hubiéramos contado con una organización sanitaria ágil y moderna.

La trágica pandemia de COVID-19 de principios de 2020 ha ocasionado grandes cambios organizativos y de gestión en los centros de salud madrileños. La estructura jerárquica piramidal, en la que se organizaba la gestión de la atención primaria, cayó a las primeras de cambio como un castillo de naipes. Los centros y su personal se encontraron huérfanos y carentes de directrices sobre lo que hacer en una estructura dominada por la burocracia. Por el contrario, se dio el caldo de cultivo ideal para que se cumpliera esa máxima de que las crisis son también una magnífica oportunidad para el cambio y la innovación. Un cambio organizativo, a la fuerza acelerado, que se ha realizado con tecnologías nuevas y viejas, pero en el que también sean echado de menos aprovechar otras herramientas útiles.

El primer cambio ha sido el de consulta física a la consulta no presencial. De jugar un papel casi anecdótico en las consultas de medicina de familia y enfermería, la consulta telefónica ha llegado a ocupar el 90% de la agenda. Gracias a la reciente implantación de la telefonía IP y sus nuevos terminales, esta se ha llevado a cabo de manera mucho más cómoda. No queremos ni pensar lo que hubiera sido, horas de llamadas con viejos terminales que no tuvieran, por ejemplo, altavoz incorporado, o que hubieran sufrido los bloqueos de la red telefónica. La telefonía IP está muy extendida en el mundo empresarial por dos motivos: reducción de costes y mejoras con respecto a la telefonía convencional. Entre estas, se encuentra el teletrabajo, el uso del fijo desde el ordenador o smartphone y otras prestaciones telefónicas. Por desgracia, nuestros directivos, como siempre, no pensaron más allá de la primera ventaja y no se les ocurrió “trabajar” estas prestaciones avanzadas que hubieran supuesto una gran ayuda en la situación de pandemia.

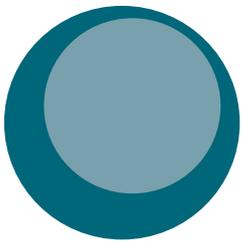
Aunque el teléfono es una tecnología adecuada para la mayoría de las consultas relacionadas con la pandemia, en otros casos una video-consulta llamada puede recabar información visual adicional valiosa, como por ejemplo en la disnea, síntoma que ha marcado el

diagnóstico y pronóstico en el manejo ambulatorio de la COVID-19. La video-consulta se ha mostrado en la literatura médica como un instrumento eficaz y cercano, apropiado para pacientes más enfermos, con comorbilidades asociadas, con circunstancias sociales de riesgo, etc. Esta manera de interactuar necesita pocos requerimientos tecnológicos, pero salvo experiencias aisladas e independientes, no se ha prodigado como sería de desear.

Considerando el marco de la comunicación global con los pacientes, las redes sociales y la web 2.0 hubieran jugado un papel importante. La organización uniforme implantada con el área única impidió la proliferación autónoma de los centros de salud en estas redes. Como han demostrado las experiencias individuales, hubieran sido de gran valor. Canales de comunicación externa e interna a través de cuentas en Twitter, Facebook, Instagram o en aplicaciones de mensajería tipo WhatsApp se han utilizado profusamente estos días, un reconocimiento previo hubiera permitido tener multitud de seguidores, que habrían multiplicado por cien su difusión.

La información general sobre COVID-19 se proporcionó por un teléfono y centro de atención telefónica dedicado, que enseguida se vio desbordado; además la información que proporcionaba no estaba siempre en sintonía con las posibilidades de los centros de salud. Se echo de menos un punto de información personalizado, pero a la vez ágil o incluso un verificador de síntomas en línea al estilo del NHS. Estas funciones las asumieron los servicios de emergencias sanitarias (SUMA y SAMUR) desconectados orgánica e ideológicamente de los centros de salud y dando un servicio que, si bien ya venían realizando, no estaban preparados para la intensidad y preparación que necesitaba la pandemia.

Por último, con las nuevas tecnologías y una interpretación más inteligente de las leyes y normativas se hubiera impedido el derroche de capital humano experto. En concreto, el personal sanitario en situación de IT por aislamiento o de especial sensibilidad, pero en condiciones de salud aceptable, podría haber realizado múltiples tareas desde información a asesoramiento a pacientes y profesionales. Ni los directivos sanitarios ni el Instituto Nacional de la Seguridad Social han sido capaces de aprovechar dicho activo.



16. Situación de los médicos de Atención Pediátrica atendiendo adultos

- ⁽¹⁾Herranz Calvo C., C.S. General Ricardos, ⁽¹⁾Samblás Tilve P., C.S. El Restón, ⁽¹⁾Holgado Catalán M., C.S. María Montessori, ⁽²⁾Rincón Marcos M.J., C.S. Canal de Panamá
⁽¹⁾ Médicos de Familia en atención primaria pediátrica
⁽²⁾ Especialista en Pediatría.

La situación de la atención pediátrica en COVID ha sido muy diversa: desde centros donde hasta muy avanzado marzo se han mantenido consultas presenciales y agendas abiertas como en meses previos, hasta centros donde en función del número de profesionales y posibilidades físicas del centro ha habido que reorganizar horarios y derivar pacientes a otros centros o a los médicos de familia del centro, situación para la cual se han utilizado los procedimientos habituales que tienen los centros en ausencia de profesional de pediatría.

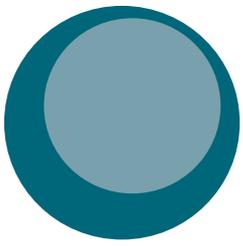
La atención presencial por patología a la población infantil ha disminuido, y el grueso de la actividad ha sido la atención telefónica y las revisiones del programa de salud infantil de menores de 15 meses, compartido con los profesionales de enfermería y haciendo seguimientos proactivos para evitar complicaciones dado que las familias no acudían a los centros por miedo al virus.

Al disminuir en número la atención a la población infantil, y multiplicarse la de adultos, los centros tuvieron que reorganizarse. Surgió en algunos profesionales la necesidad de asumir la atención de las familias de los niños que consultaban, por no sobrecargar a los médicos de adultos, y por la eficacia del manejo de casos de convivientes en el domicilio. Algunos centros solicitaron que los médicos de atención pediátrica pudiesen hacer la gestión de incapacidad temporal, teniendo algunos problemas informáticos que lo impedían en las primeras semanas, pero posteriormente se habilitó que todos pudieran acceder, pero no lo comunicaron a los centros. Los procedimientos escri-

tos facilitaron que todos los profesionales médicos y enfermeros del equipo pudieran hacer el seguimiento de los casos COVID de adultos en seguimiento telefónico, lo que ha dado seguridad a los médicos de atención pediátrica que han estado haciendo seguimiento COVID de adultos.

Muy pocos médicos de atención pediátrica han atendido adultos COVID en atención presencial y domicilios, y en el caso de la patología NO COVID no ha sido atendida por estos profesionales salvo en contadas ocasiones en las que el equipo lo ha necesitado y profesional ha aceptado que así fuera. En los casos en que así ha sido ha supuesto estudio, formación, miedo por parte del profesional de atención pediátrica al tener que hacer de forma acelerada ese cambio de rol, y mucha confianza en el equipo para poder prestar la mejor atención. Destacamos que ha sido mucho más sencillo para los médicos de familia que atendemos población pediátrica que para los pocos pediatras que han dado este paso, y que lo hemos hecho por compromiso con el centro y la población, puesto que no ha tenido detrás una instrucción específica de que así se hiciese.

¿Qué hemos aprendido? Que es necesario tener instrucciones concretas sobre la actividad de los médicos de atención primaria pediátrica en relación a población adulta para evitar desigualdades entre centros y profesionales, que los procedimientos escritos dan seguridad en los cambios de rol, y sobre todo, que los médicos de atención primaria tenemos la capacidad de adaptarnos a las necesidades de nuestra población y nuestro equipo.



17. Enfoque emocional durante la crisis del Covid, o cómo se pasó la primavera

■ Pérez Álvarez M.
Médico de Familia. CS Abrantes

Entiéndase primavera por inocencia, alegría de vivir, esperanza, ilusiones, proyectos, mucho se ha perdido en estos días.

Hemos perdido la confianza en nuestros dirigentes, hasta planos internacionales. Nuestros responsables más directos han estado sobrepasados hasta rozar y/o sobrepasar el ridículo, y nosotros tenemos que dar la cara y sacar lo mejor cada día, por qué, por el Juramento Hipocrático, me parece una explicación muy simplista.

Probablemente la nuestra ha sido la única empresa que ha enviado a trabajar a sus empleados sin poder garantizar unas medidas que salvaguardasen su seguridad, y no hemos ido forzados a trabajar, sabíamos lo que había en juego, lo que hemos expuesto y perdido para sacar adelante este trabajo, lo resolveremos más adelante, pero no lo olvidaremos.

Ahí hemos seguido, cada día con miedo, angustia, dudas, enfado, frustración, tristeza, profunda tristeza, cada día hemos paseado por esa montaña rusa emocional que nos ha mantenido tan vivos estos días.

Vivos por todos aquellos que hemos salvado con las herramientas que hemos podido.

Vivos porque hemos sabido de primera mano que esta crisis recaía sobre nosotros, y, una vez más, hemos tenido la fuerza y valentía suficientes, para que con nuestra imparable rutina, anteponer el valor del bien común al bien propio, incluso a la propia vida.

Esta crisis tiene un alto coste económico, pero aún mayor es el precio que le vamos a hacer pagar en desconfianza y desprecio a todos aquellos que no han sido capaces de gestionar mejor los recursos que teníamos, porque algo teníamos.

Salimos de este caos (los que salimos) llenos de heridas externas e internas, hemos experimentado la impotencia y el miedo hasta límites que hasta ahora no se nos habían planteado, trabajando sobre protocolos imprecisos y cambiantes, cuyo enfoque incluso no llegamos a compartir.

Como gran aprendizaje, hemos tenido la fuerza y el apoyo de nuestros compañeros, familiares y amigos,

e incluso pacientes, cuando hemos decaído y necesitábamos un empujón o medios para protegernos.

Hemos vivido la fragilidad de nuestros mayores y seres queridos muy de cerca hasta doler de esa forma que no se olvida, hemos presenciado situaciones que no olvidaremos y que nos dejarán huella para siempre.

Hemos disfrutado de recuperar el reconocimiento y gratitud por parte de nuestros pacientes, y de que se haga un uso adecuado del sistema sanitario, sobre todo de los servicios de urgencias, ojalá que sirva de algo (hablo con esperanza, no ingenuidad, como os dije, la primavera ha pasado).

Hemos aprendido el valor de compartimentar para no volvernos locos de sufrimiento, a cuidarnos para poder cuidar, hasta llegar al límite de nuestras fuerzas.

Hemos aprendido el valor de cuidar las relaciones con los que nos rodean, hemos ganado y perdido relaciones.

No es momento para reproches, no todo el mundo enfrenta las crisis de la misma manera. Tengamos en cuenta lo bueno, procurando obviar lo malo.

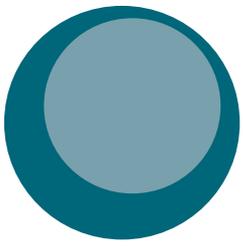
Hagamos otro acto de grandeza y concedamos esa aceptación plena a lo vivido, desde la mayor de las empatías, pero sin olvidar el lugar que ocupamos y sabiendo la fuerza que tenemos.

Disfrutemos de llorar en paz, de liberarnos del dolor sufrido, ratos malos, ratos peores, dejemos que salgan, para que ese dolor no nos ate en el futuro.

Pensamientos destructivos, culpabilidad, ansiedad anticipatoria, vivamos el presente, ahora más que nunca, seamos nuestra mejor versión, con fuerza, con ganas; por los que no pueden.

Es el momento de querer, y mucho, a los cercanos, a los lejanos, a los honorables y a los mezquinos, pero a nosotros los primeros, nos lo hemos ganado y nadie nos lo valorará lo suficiente.

A todos los que sabéis de lo que hablo.



18. La investigación en Atención Primaria tras la COVID-19

- Ares Blanco S. Especialista en MFyC. C.S. Federica Montseny¹, Barrio Cortes J. Especialista en MFyC²
⁽¹⁾ Vicepresidenta de la Junta directiva y Vocalía de Investigación de SoMaMFyC
⁽²⁾ Unidad de Investigación de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria - Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria en Atención Primaria (FIIBAP).
Vocalía de Investigación y Grupo de trabajo de Atención al Mayor y al Anciano de SoMaMFyC

El SARS-CoV-2 y la COVID-19 han cambiado a la sociedad y a nuestras vidas. Ya nada volverá a ser como antes. Las consecuencias derivadas de la crisis socio-sanitaria van a tener un gran impacto sobre todo lo que nos rodea. Estos cambios no sólo han afectado a nuestra práctica clínica habitual de atención al paciente si no también a nuestra forma de investigar.

Los médicos llevamos muy mal la incertidumbre y ante nuestra necesidad casi inmediata de respuestas se está investigando a toda prisa para obtener evidencias, en muchas ocasiones sin respetar las reglas fundamentales que definen la buena ciencia. Se están desarrollando gran cantidad estudios teóricos sin posible aplicabilidad clínica; muchos mal diseñados o sin posibilidad de reproducirlos de forma segura por el afán de obtener respuestas. La COVID-19 ha puesto de manifiesto que la mayor parte de investigación describe a enfermos graves, hay que bucear en los estudios para encontrar series muy pequeñas sobre enfermos leves que han sido tratados en el hospital. La aplicabilidad para AP tiene limitaciones.

Así, este tipo de investigación descontrolada y desorganizada por el ansia de tratamiento, vacuna y mejor conocimiento del nuevo coronavirus y la enfermedad que produce, nos sirve para reflexionar sobre cómo estamos investigando en Atención primaria (AP) y lanzar propuestas para potenciarla y que se realice con los mayores estándares de calidad posibles.

En primer lugar, es importante recordar que, aunque la investigación se encuentra dentro de las funciones de los profesionales de AP, la realidad es que aún no está suficientemente implantada ni asumida en todos los equipos de AP.

Uno de los argumentos con el que se justifica la débil presencia de la investigación en AP es la falta de tiempo puesto que la mayoría de profesionales desarrollan la actividad investigadora fuera de su horario laboral y sin ningún tipo de compensación por ello. Así, en esta etapa post COVID-19 deberíamos reivindicar con más fuerza que se reconocieran tiempos propios de

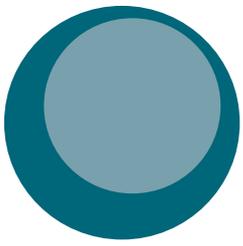
investigación para poder integrarla junto con las otras actividades ya que en la actualidad es poco frecuente. Además, se deberían de mejorar los incentivos por las actividades de investigación, tanto a nivel económico como a nivel de carrera profesional.

Por otro lado, gran parte de los profesionales de AP se dedican a la investigación de forma vocacional y se forman en su tiempo libre, teniendo que aprender en muchas ocasiones la metodología investigadora al principio o durante el propio proyecto. Por ello se deberían de facilitar las condiciones para poder formarse en metodología de investigación, tanto a nivel teórico como práctico, dentro la formación continuada habitual.

Además, deberíamos buscar que la investigación en AP estuviera de la mano de la práctica clínica diaria para buscar la mejor solución a los problemas generados tanto por la COVID-19 como por la consulta habitual, incluyendo todo tipo de patología y a aquellas poblaciones más vulnerables socialmente, para aplicar estos resultados a nuestra práctica clínica.

Junto a esto, se deberían de seguir potenciando las diferentes estructuras de investigación, clínica y básica, como la Unidad de investigación, Comisiones de investigación, Fundación de Investigación e Innovación, Redes y Asociaciones y relacionadas con la investigación en AP para que se puedan coordinar de forma efectiva y rápida con las estructuras hospitalarias y universitarias. Y priorizar en una situación de pandemia, la rapidez en ayudar a los investigadores a estudiar los distintos aspectos de la COVID-19 en AP. Esto conseguiría una continuidad real en la investigación entre AP y hospitalaria que se traduciría en mejoras en todos los ámbitos.

Como sociedad científica, defendemos una investigación de calidad en AP como un instrumento básico para generar y gestionar los conocimientos con rigor científico, para disminuir las inequidades en salud, y así poder mejorar el sistema sanitario y proteger la salud de nuestros ciudadanos.



19. El virus entiende de clases sociales ¿Y nosotras?

■ García D. Centro de Salud Vicente Soldevilla
Aragón B.. Centro de Salud Ensanche de Vallecas (EIPE)
Grupo de trabajo Inequidades en salud y salud internacional de SoMaMFyC

Entre los primeros mensajes que circularon al comienzo de la crisis de la COVID-19, uno de los que se repetía con frecuencia era el de que “el coronavirus no entiende de clases”. Un enunciado que pronto empezó a cuestionarse al aparecer datos sobre cómo afectaba más a las poblaciones más castigadas por la desigualdad en Estados Unidos (negras e hispanas especialmente) y Reino Unido^{1,2}, y que en España se confirmó al hacerse públicos los datos de afectación por distritos en ciudades como Barcelona, Madrid o Zaragoza³⁻⁵.

En Madrid, los distritos más afectados hasta ahora han sido Villa de Vallecas, Puente de Vallecas, Tetuán y Vicálvaro, que tienen posiciones socioeconómicas peores respecto a los demás distritos. La incidencia se distribuye, así, de manera desigual e inversa a la renta y al indicador de desarrollo humano⁶. También estos distritos son de los que tienen menor superficie media para cada persona en la vivienda, lo que afecta especialmente en tiempos de confinamiento y dificulta la posibilidad de aislamiento cuando es necesario⁷.

Así que sí, la COVID-19 sí entiende de clases sociales. Pero no solo el virus. Algunas de las respuestas dadas frente a esta crisis terminan también perjudicando la salud de quienes están en situación socioeconómica más baja. Un ejemplo claro es el programa de alimentación para menores con beca de comedor, a través de empresas privadas de comida rápida precocinada, basada en pizzas, hamburguesas y sandwiches⁸. En una sociedad en la que, desde hace tiempo, la obesidad y el sedentarismo infantil han sido señalados como un problema prioritario, esta es la opción alimentaria que se les da durante el confinamiento a quienes no tienen recursos económicos.

Al mismo tiempo, las medidas de distanciamiento físico han potenciado un distanciamiento social de clases y colectivos con menor acceso a herramientas telefónicas y digitales. La limitación del acceso a centros de salud, potenciando las consultas telefónicas, es una respuesta adecuada en este contexto para gran parte de la población, pero para otra supone una barrera difícil de sortear. Por un lado, para pedir

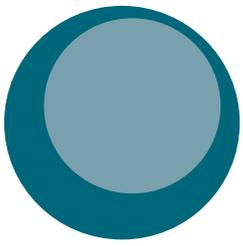
cita es necesario hacer una llamada telefónica que no puede hacer quien no tiene teléfono o saldo para poder usarlo. Por otro, por esta vía se multiplican las dificultades de comunicación con personas migrantes que no dominan el castellano. Y esto que ocurre en el contexto sanitario se repite en relación al acceso a los servicios sociales, mucho más difícil, y en el educativo, donde muchas niñas y niños llevan, desde el comienzo del estado de alarma, totalmente desconectados del curso. Barreras para el acceso a cuidados sanitarios, a ayudas para resolver necesidades básicas y a poder seguir el proceso educativo. Tres grandes áreas que han quedado al descubierto más que nunca y que se traducen también en mayor morbilidad y mortalidad.

El virus entiende de clases sociales. ¿Y nosotras? A poco que revisemos la situación actual, podemos constatar que la ley de cuidados inversos está más de actualidad que nunca⁹. Quienes más riesgo tienen, quienes más apoyo necesitan, son los que más barreras encuentran y menos recursos adecuados reciben. Pero darle la vuelta a esta situación no es imposible. Basta con detenerse a analizar la realidad incorporando la mirada de los determinantes sociales en salud en clave de equidad, y desde ahí promover cambios que se adapten a ella. Algunos ejemplos: reforzar las plantillas de los centros de salud con profesionales del trabajo social (actualmente, hay lugares con solo una trabajadora social para todo el distrito)¹⁰; facilitar el acceso a medidas de cuidado (como que el acceso a hoteles para las personas que no pueden aislarse en su domicilio por las condiciones del mismo no sea a los 10 días de haber comenzado los síntomas sino desde el principio, para disminuir el riesgo de contagio); potenciar el contacto con diferentes colectivos que actúan en el territorio para promover una acción comunitaria coordinada (por ejemplo, con las redes de apoyo ciudadano que han surgido)¹¹.

Ahora que se habla tanto de la necesidad de potenciar la acción de la Atención Primaria en el contexto actual, debemos incorporar la cuestión de las desigualdades y la equidad como un eje clave. Aprendamos de clases.

BIBLIOGRAFÍA

1. COVID-19 unmasks the underlying inequalities in society that could mean life or death [Internet]. International Observatory of Human Rights. [cited 2020 May 6]. Available from: <https://observatoryihr.org/news/covid-19-unmasks-the-underlying-inequalities-in-society-that-could-mean-life-or-death/>
2. Deaths involving COVID-19 by local area and socioeconomic deprivation - Office for National Statistics [Internet]. [cited 2020 May 6]. Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsinvolvingcovid19bylocalareasanddeprivation/deathsoccurringbetween1marchand17april>
3. Mapa per ABS [Internet]. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). [cited 2020 May 6]. Available from: <http://aquas.gencat.cat/ca/actualitat/ultimes-dades-coronavirus/mapa-per-abs>
4. COVID19.Tasa del total de casos confirmados por Zonas Básicas de Salud. Municipio de Madrid. - Geoportal del Ayuntamiento de Madrid. [cited 2020 May 6]. Available from: https://geoportal.madrid.es/IDEAM_WBGEOPORTAL/dataset.iam?id=6932bf5b-805f-11ea-83f0-ecb-1d752b636
5. La cartografía revela que en Zaragoza la mayor incidencia de COVID-19 guarda relación con el hacinamiento y la población más envejecida [Internet]. AraInfo · Diario Libre d'Aragón. 2020 [cited 2020 May 6]. Available from: <https://arainfo.org/la-cartografia-revela-que-en-zaragoza-la-mayor-incidencia-de-covid-19-guarda-relacion-con-el-hacinamiento-y-la-poblacion-mas-envejecida/>
6. JM Díaz-Olalla, G Blasco-Novalbos, I Valero Oteo. Incidencia acumulada de COVID-19 en los distritos de la ciudad de Madrid y su relación con indicadores socioeconómicos y demográficos. Comunicación Congreso Nacional Epidemiología 2020, pendiente presentación.
7. Paisaje Transversal. Cartografías del confinamiento: Madrid [Internet]. [cited 2020 May 6]. Available from: <https://www.paisajetransversal.org/2020/05/cartografias-del-confinamiento-madrid-COVID-19-Coronavirus-mapas-urbanismo-ciudad.html>
8. Programas autonómicos para garantizar el derecho a la alimentación de niños y niñas en situación de vulnerabilidad durante el cierre escolar por el COVID-19. Alto comisionado para la lucha contra la pobreza infantil. 2020 [cited 2020 May 6]. Available from: <https://www.comisionadopobrezainfantil.gob.es/es/programas-auton%C3%B3micos-para-garantizar-el-derecho-la-alimentaci%C3%B3n-de-ni%C3%B1os-y-ni%C3%B1as-en-situaci%C3%B3n-de>
9. Hart JT. The inverse care law. *The Lancet*. 1971 Feb 27;297(7696):405-12.
10. Secretaría de Estado y Derechos Sociales. Documento técnico de recomendaciones de actuación de los servicios sociales ante la crisis por COVID-19, en asentamientos segregados y barrios altamente vulnerables. 2020. Available from: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Recomendaciones_actuacion_COVID_asentamientos_y_barrios_vulnerables_27_3_2020.pdf
11. Ministerio de Sanidad. Redes comunitarias en la crisis de COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/ImplementacionLocal/Redes_comunitarias_en_la_crisis_de_COVID-19.pdf



20. Residentes de medicina familiar y comunitaria adaptándose al COVID-19

■ Arias Ramírez D.¹, Muñoz Bueno C.², Peral Martín A.³, Barandiaran Fernández de Vega I.⁴

⁽¹⁾ Residente 4º año MFyC C.S. Lavapies.

⁽²⁾ Residente 4º año MFyC. C.S. Mar Baltico.

⁽³⁾ Residente 3º año MFyC C.S. Buenos Aires.

⁽⁴⁾ Residente 4º año C.S. Lavapies

Como parte del equipo del centro de salud y de los servicios de urgencias hospitalarias al mismo tiempo, ha requerido un esfuerzo para adaptarnos al ritmo cambiante constante del centro de salud y del hospital a la vez, en ocasiones con diferentes tempos y con directrices contradictorias, haciendo uso de la ambivalencia o “plurivalencia” que tenemos como residentes de medicina de familia en todos los ámbitos que trabajamos.

Unido a ello, la suspensión de nuestras rotaciones, la derivación de los R4 a IFEMA y las bajas de nuestros compañeros, ha precisado una necesidad de constante reorganización y adaptación de los residentes, intentando trabajar en equipo y coordinadamente, para poder ayudar en todos sitios lo mejor posible (incluso desde casa, con la impotencia e incertidumbre acompañantes).

Con todo, se hacía cada día más duro, escuchando esos exponenciales e increíbles ascensos en el número de contagiados, fallecidos, y siendo conscientes de que la realidad era mucho peor, una realidad no reflejada por las estadísticas oficiales; y previendo que la situación iba a ser cada vez más insostenible con los contagios de los compañeros, y la necesidad de refuerzos en las guardias y centros de salud.

En particular en los centros de salud, lidiando con la dificultad de asistir en los domicilios de manera segura para paciente y personal sanitario, urgencias presenciales, listas infinitas de consultas telefónicas; junto con toda la incertidumbre que eso conlleva y la sensación de nadie haber sido preparado para esta situación. Han sido más las dudas que las certezas: ¿Será ese dolor torácico de verdad sólo ansiedad? ¿Odinofagia y tres días de fiebre, será una amigdalitis simple o debería mandarle a Urgencias por si está infectado? ¿Cómo sé si estoy contagiado y contagiando mientras trabajo, si no me hacen un test? ¿Cómo voy a proponer aislamiento domiciliario cuando la mayoría de mis pacientes viven en pisos pequeños de un solo baño? ¿Cómo le digo a esta paciente que con esa tos no puede encargarse de su madre de 90 años, si no tiene a nadie más que le ayude?

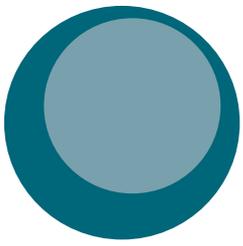
No menos complicada era la situación en Urgencias y en IFEMA, viviendo también en primera línea la saturación del sistema (salas de espera repletas, personal sanitario desbordado dando el máximo que pueden, lidiando con el miedo al contagio y la falta de medidas preventivas seguras, desabastecimiento de medicación). Cada día enfrentándonos a patología desconocida, con tratamientos que no manejamos con frecuencia, con falta de medios y de seguridad en las decisiones clínicas. Llamadas de madrugada porque un paciente (uno, y otro, y otro) se desaturaban, y la tristeza e impotencia de saber que se beneficiarían de unos aerosoles y medidas que ahora no puedes administrarles porque no son seguras o no hay disponibilidad para todos y te queda esperar que sepa hacer bien la inhalación en la cámara espaciadora, y si no lo consigue, por llegar a tiempo para evitarle el sufrimiento de la agonía y acompañarle en el lugar donde deberían estar sus familiares, pero que tampoco está permitido.

Han sido semanas muy duras. Todos hemos llorado después de alguna guardia o jornada del centro de salud, diciendo o escuchando frases como “he visto morir en una guardia a más pacientes que en toda mi residencia”, o ante la impotencia no poder atender como te gustaría a los pacientes que llevas cuidando los últimos 3-4 años.

Como residentes, aunque se nos ha intentado supervisar en lo posible, hemos tenido que adaptarnos a una situación que nos ha obligado a asumir más responsabilidades antes de tiempo, a cambiar y perder nuestras rotaciones, ayudar a cubrir las guardias de otras especialidades, a trabajar horas extra, días festivos, siempre con la mejor actitud posible. Además, nunca antes habíamos visto tanta solidaridad y facilidad en cubrir turnos, cambiar guardias, sustituir y apoyar a compañeros de baja, la peor situación ha sacado lo mejor de nosotros. La verdad, es que la respuesta ante toda esta situación, nos hace sentirnos más orgullosos de nuestra profesión, especialidad y de nuestros compañeros; y es en lo que nos apoyamos y motivamos para seguir adelante.

Ojalá todos salgamos reforzados de esta crisis. Ojalá todo el sufrimiento y esfuerzo de esta época nos haga aprender, crecer y afrontar mejor los próximos retos. Ojalá se entienda por fin lo que nosotros siempre supimos, que nuestro papel como médicos de familia es esencial en prevención, en atención primaria urgente y en seguimiento. Ojalá se valore nuestra palabra sanadora para el paciente y sus familias, la labor de

acompañamiento; la importancia de la humanidad de nuestra especialidad. La gente nos aplaude a diario, nosotros aplaudimos a diario. Ojalá ese espíritu se mantenga cuando todo esto pase, porque pasará. Que la población valore de verdad el tesoro que poseemos al tener un sistema de salud público. Y mientras ese momento llega nosotros seguiremos aquí, en su centro de salud, al lado de casa, como siempre.



21. Los médicos de familia jubilados ante la crisis COVID-19

■ De la Cámara González C.
Médico Jubilado

La pandemia COVID-19 ha producido un dramático vuelco en nuestra organización sanitaria, y en toda la sociedad. Desde la Atención Primaria se ha respondido con la máxima disponibilidad y con una notable calidad técnica compartida rápidamente a través de protocolos de actuación. Y todo ello, pese a sufrir un muy elevado nivel de contagios por la falta de medios de protección adecuados. Nuevamente hemos de manifestar el enorme orgullo de ser médicos y de trabajar o haber trabajado en la Atención Primaria.

La SoMaMFyC ha iniciado hace un año un proyecto de participación de los médicos jubilados o pre-jubilados para definir posibles líneas de continuidad profesional, con aquellos profesionales que lo consideren de interés. A tal efecto realizamos una encuesta a los socios de edad igual o superior a 60 años a finales de 2019, aún no finalizada, pero de la que ya han surgido diversas propuestas tanto en el marco institucional como dirigidas a la propia SoMaMFyC. Poco antes del comienzo de la grave crisis en marzo, tuvimos ocasión de reunirnos con la Dirección Gerencia de Atención Primaria para exponer varias de estas propuestas, que fueron recogidas con gran interés acordándose trabajar sobre ellas conjuntamente. La emergencia sanitaria ha interrumpido temporalmente este proceso.

Durante las semanas iniciales de la pandemia muchos de nosotros sentimos la necesidad de poder participar en su contención junto a los compañeros en activo. La Consejería de Sanidad se planteó la contratación de médicos jubilados, entre otros colectivos que podían actuar como refuerzo. Tanto el Colegio de Médicos de Madrid como varios Sindicatos insistieron en que se garantizaran las condiciones de seguridad de los profesionales jubilados, por estar considerados como grupo de riesgo, y que se les dirigiera en todo caso hacia actividades más protegidas, como la consulta telefónica. No sabemos cuántos profesionales fueron finalmente contratados, ni para qué tareas, aunque parece que se propuso en varios casos la incorpora-

ción al IFEMA, opción que algunos rechazaron por considerarla de mayor riesgo. Otros profesionales cuya fecha de jubilación se produjo al inicio de la crisis, prolongaron su permanencia en activo de forma temporal.

En la nueva fase que se abre a partir de ahora, en la que se plantean posibles cambios organizativos, es un momento de oportunidad para aprovechar la contribución que pueden hacer muchos profesionales jubilados, tanto en el propio apoyo asistencial dentro de unos criterios delimitados, como en la educación para la salud y en la atención comunitaria.

La etapa de contención del COVID-19 va a ser prolongada. Varias alternativas que ya habíamos planteado, y que habían sido valoradas positivamente en la encuesta realizada, pueden contribuir a la intervención de la Atención Primaria no solo sobre los efectos clínicos de la pandemia, sino también sobre los efectos secundarios de las medidas de confinamiento y del impacto psicológico de la enfermedad y la muerte. Diversas actividades que se pueden ver postergadas durante un periodo prolongado, podrían ser atendidas por profesionales jubilados con experiencia previa en las mismas: deshabituación tabáquica y del consumo excesivo de alcohol, atención a personas cuidadoras, apoyo a estilos de vida saludable con particular atención a la actuación sobre la obesidad y el sedentarismo, control de estrés, y afrontamiento del duelo, entre otras posibilidades. Un área de gran relevancia es la facilitación de la participación de la comunidad en esta nueva etapa, en que es imprescindible crear o fortalecer los canales necesarios para adecuar la oferta sanitaria a las necesidades de la población.

Estamos dispuestos a participar activamente en la organización de las diversas alternativas posibles, colaborando con la organización sanitaria a todos los niveles, y contribuyendo a apoyar a nuestros compañeros en los Centros de Salud así como a la población, a la que hemos dedicado toda nuestra vida profesional.