



## CARTAS CIENTÍFICAS

## El papel de la atención primaria en la crisis sanitaria por COVID-19. Experiencia de un equipo de Atención Primaria urbano



### The role of primary care in the COVID-19 crisis. Experience of an urban Primary Care team

Maria Antònia Pou<sup>a,\*</sup>, Raquel Gayarre<sup>a</sup>, Sílvia Ferrer-Moret<sup>a</sup>,  
María Isabel Fernández-San-Martín<sup>b</sup>, María Victoria Feijoo<sup>c</sup> y Cesar Diaz-Torne<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Centro de Atención Primaria Maragall, ABS Encants, Institut Català de la Salut, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

<sup>b</sup> Unitat de Suport a la Recerca, Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAP J Gol), Unitat Docent Multiprofesional Gerència Territorial Barcelona, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

<sup>c</sup> BASIQ Unitat d'Avaluació, Sistemes d'informació i Qualitat, Gerència Territorial de Barcelona Ciutat, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

<sup>d</sup> Servei de Reumatologia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 10 de marzo de 2021; aceptado el 30 de marzo de 2021

Disponible en Internet el 13 de abril de 2021

La pandemia por SARS-CoV-2 ha provocado un exceso de morbilidad en poco tiempo, tensionando sin precedentes el sistema sanitario. Desde el inicio de la pandemia los equipos de Atención Primaria (EAP) han llevado a cabo el manejo de los pacientes con perfiles menos graves y han orientado a aquellos que han requerido exploraciones complementarias o tratamiento hospitalario. Aunque tenemos pocos datos, parece que el manejo y la distribución de estos enfermos por parte de AP ha contribuido a evitar un mayor colapso del tercer nivel asistencial<sup>1</sup>. La mayoría de los trabajos sobre gestión de COVID-19 describen pacientes hospitalizados.

El objetivo de este estudio es describir la atención, el manejo y la distribución según la severidad de los pacientes

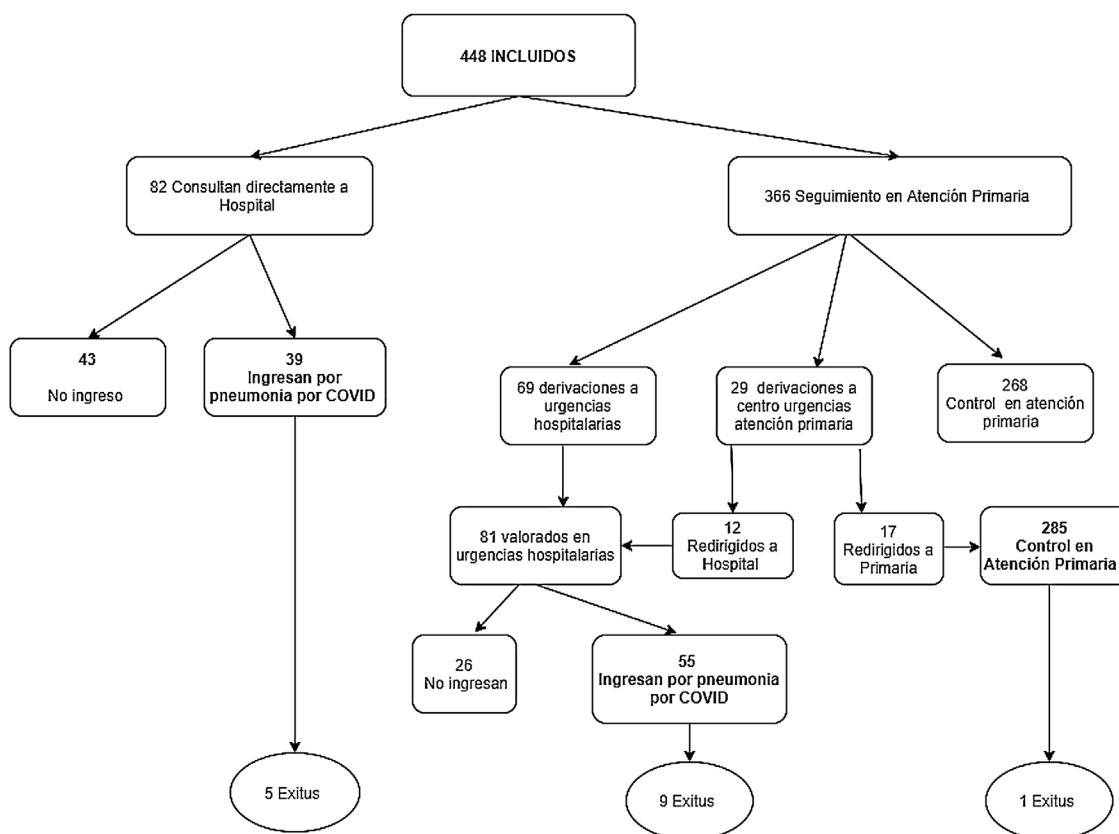
con COVID-19 en un EAP urbano en la primera ola pandémica. Se revisaron 674 historias clínicas informatizadas con el diagnóstico de COVID-19 entre el 16 de marzo del 2020 y el 30 de abril del 2020. Se excluyó a los menores de 15 años, los pacientes institucionalizados y a aquellos en los que se documentó otra infección o una evolución no compatible con COVID-19. Finalmente, se analizó a 448 pacientes que corresponden al 3,1% de la población del EAP.

El 57,4% de los pacientes fueron mujeres. La media de edad fue  $49,4 \pm 17,8$  años. El 20,1% de los pacientes fueron profesionales sanitarios. Más del 60% tuvo una comorbilidad baja, tanto por índice de Charlson como por clasificación GMA (grupos I y II).

El 79% (354) de los enfermos fueron controlados en AP. El 21% requirió ingreso hospitalario. Se realizó PCR al 41,3% de los enfermos y fue positiva en el 75,1%. En 128 (28,6%) se pidió una radiografía que confirmó la infección en 49 (38,3%) casos. De los pacientes derivados a urgencias hospitalarias ingresó el 67,9%. Quince (3,4%) enfermos fallecieron, 14 en

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: antoniapou@gencat.cat, marianpou@gmail.com (M.A. Pou).



**Figura 1** Distribución de los enfermos en los distintos dispositivos sanitarios.

el hospital y uno en el domicilio. La mediana de días desde el inicio de los síntomas hasta el contacto con AP fue de  $3 \pm 7,9$  días, hasta realizar una radiografía fue de  $8 \pm 7,5$  días y hasta la derivación a urgencias fue de  $7 \pm 6,8$  días. Se remitieron a Urgencias el 21,9% de los enfermos.

La [figura 1](#) muestra la distribución de los enfermos en los distintos dispositivos sanitarios. El 63,2% de los enfermos fue atendido exclusivamente en el primer nivel asistencial.

Los resultados de este estudio están estrechamente ligados a la organización de la AP durante las semanas iniciales de la pandemia. Al igual que en otras regiones se priorizaron las visitas telefónicas. Esto permitió un seguimiento exhaustivo de pacientes, facilitando el aislamiento domiciliario y reservando las visitas presenciales para aquellos que lo necesitaban. La falta de acceso a pruebas diagnósticas por PCR y la disponibilidad de la radiografía como única exploración complementaria condicionaron una incertidumbre diagnóstica en muchas ocasiones.

Las características sociodemográficas y de enfermedad de nuestros pacientes son comparables con las descritas en otros trabajos en nuestro entorno<sup>2-4</sup>. Nuestros datos demuestran el papel fundamental de la AP en el control de la pandemia, ya que controló a la mayoría de los enfermos.

La rápida reorganización del EAP, el rastreo de sintomáticos entre convivientes y la fácil accesibilidad a los pacientes sintomáticos fueron clave para adelantarse a las complicaciones. En nuestro medio, el primer contacto se realizó a los 3 días desde el inicio de síntomas, 4 días antes del

periodo crítico de empeoramiento de síntomas y del riesgo de ingreso.

Nuestros datos muestran un grado de acierto significativo tanto en las derivaciones como en las exploraciones complementarias. Atribuimos este acierto al seguimiento telefónico estrecho y al conocimiento compartido en sesiones clínicas realizadas durante esas semanas, modelo implantado también en otros servicios de AP<sup>5,6</sup>.

A pesar de la falta de recursos, la AP lideró la atención de la mayoría de los pacientes con COVID-19, dirigiendo a aquellos con criterios de gravedad a los servicios hospitalarios y tratando al resto. El seguimiento estricto de los pacientes permitió la optimización de los recursos sanitarios, impidiendo que pacientes con síntomas leves colapsaran los servicios de Urgencias y facilitando que la enfermedad grave fuera atendida inmediatamente.

Sería necesario estudiar si las características de la AP basadas en la continuidad asistencial, la atención integral y la coordinación intersectorial la avalan para tener un lugar central en la gestión de futuras epidemias. Analizar detalladamente fortalezas y puntos de mejora permitirá definir los cambios necesarios para afrontar la respuesta sanitaria a futuros retos.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés con el presente trabajo.

## Agradecimientos

Queremos agradecer a Empar Díez, MD, Andrés Gen, DUI, Victoria Lacivita, MD, Mireia Muro, DUI, Natalia Peralta, DUI, Gemma Pons, DUI, Mireia Reñé, DUI, Teresa Rivera, MD, Laura Santiago, MD y Elena Serrano, MD su colaboración indispensable en la recogida de datos.

## Bibliografía

1. De Nicolás Jiménez JM, Blázquez Recio LM, Fabregat Domínguez MT, Palomo Cobos L. COVID-19 and assistance effort in Primary Care. *Aten Primaria* [Internet]. 2020;52:588–90 [consultado 27 Feb 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32674867/>.
2. Sisó-Almirall A, Kostov B, Mas-Heredia M, Vilanova-Rotllan S, Sequeira-Aymar E, Sans-Corrales M, et al. Prognostic factors in Spanish COVID-19 patients: A case series from Barcelona. *PLoS ONE*. 2020;15:e0237960.
3. Montenegro P, Brotons C, Serrano J, Fernández D, Garcia-Ramos C, Ichazo B, et al. Community seroprevalence of COVID-19 in probable and possible cases at primary health care centres in Spain. *Fam Pract*. 2021;38:154–9.
4. Prieto-Alhambra D, Balló E, Coma E, Mora N, Aragón M, Prats-Urbe A, et al. Filling the gaps in the characterization of the clinical management of COVID-19: 30-day hospital admission and fatality rates in a cohort of 118 150 cases diagnosed in outpatient settings in Spain. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2021;49:1930–9.
5. Blazey-Martin D, Barnhart E, Gillis J, Vazquez GA. Primary Care population management for COVID-19 patients. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2020;35:3077–80.
6. Gray R, Sanders C. A reflection on the impact of COVID-19 on primary care in the United Kingdom. *J Interprof Care* [Internet]. 2020;34:672–8.