

La consulta proactiva. Medicina Comunitaria en era COVID-19

Alba Pons Revuelta¹, Helena Abadín Carcedo², Sara Freire López³, Carmen Rico Padín⁴, Ana María Romero García⁵, Antonio A. Regueiro Martínez⁵

- 1 MIR DE 2º AÑO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SAÚDE DE VILANOVA DE AROUSA.
- 2 MIR DE 1º AÑO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SAÚDE DE VILANOVA DE AROUSA
- 3 EIR DE 1º AÑO DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SAÚDE VILANOVA DE AROUSA
- 4 ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA. CENTRO DE SAÚDE VILANOVA DE AROUSA
- 5 MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SAÚDE VILANOVA DE AROUSA

Cad. Aten. Primaria
Ano 2020
Volume 26 (2)
Páx. 5 - 7

PRESENTACIÓN

Se trata de un trabajo original que no ha sido publicado con anterioridad ni se ha enviado simultáneamente a otra revista.

La presente intervención no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

El trabajo descrito respeta los principios fundamentales de la Declaración de Helsinki y del Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y biomedicina así como toda la legislación vigente relacionada, y en todo momento se respeta la protección de datos de carácter personal.

INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó sobre un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, con una exposición común a un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos en la ciudad de Wuhan, incluyendo siete casos graves. El inicio de los síntomas del primer caso fue el 8 de diciembre de 2019. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae que posteriormente ha sido denominado SARS-CoV-2 o COVID-19, cuya secuencia genética fue compartida por las autoridades chinas el 12 de enero^[1].

Tras declararse pandemia mundial por COVID-19, y decretarse el estado de alarma en España el 14 de marzo para gestión de la emergencia sanitaria, se iniciaron múltiples medidas restrictivas: limitación de la libertad de circulación de las personas, suspensión de la actividad educativa presencial, suspensión de la apertura al público de los locales y establecimientos, suspensión de actividades de hostelería y restauración, etc^[2].

Esta nueva situación obligó al aislamiento de los ciudadanos en el domicilio, muchos de ellos añosos y con múltiples comorbilidades, poniendo en peligro su continuidad asistencial como pacientes. Este cambio radical a nivel social y sanitario, sumado a su situación basal, puede suponer, además, un aumento de la fragilidad de dichos pacientes, debido principalmente a las dificultades para acceder a los servicios sanitarios y a los productos de primera necesidad, imprescindibles para su cuidado.

En este contexto de reestructuración sanitaria, y en un marco inicial de incertidumbre, ha cobrado gran importancia la consulta telefónica como medio para disminuir el número de contagios y poder continuar realizando labor asistencial; por ello, la AGAMFEC propuso la realización de una consulta proactiva para poder, desde Atención Primaria, adelantarse a la demanda asistencial, y resolver dudas y necesidades de la población^[3]. Con esta intervención se pretende reducir la exposición innecesaria de nuestros pacientes, evitando una situación de mayor vulnerabilidad.

Expondremos a continuación los resultados obtenidos de la realización de la consulta proactiva en el centro de salud de Vilanova de Arousa.

OBJETIVOS

Mostrar la experiencia y resultados de la introducción de la consulta proactiva en el contexto de pandemia por COVID-19 en el Centro de Saúde de Vilanova de Arousa.

DESCRIPCIÓN

Siguiendo las recomendaciones de la AGAMFEC, propuestas en el documento "Proposta de COnsulta proactiva en coronaVirus epiDémico para Atención Primaria (COVID-AP)" se realizó una llamada telefónica a todos los pacientes nacidos hasta el año 1950 que no hubieran consultado en el último mes. Su realización fue llevada a cabo por el personal de enfermería y las residentes del centro.

Se consensó cuál debía ser el contenido que debía tener la llamada. Se siguió el guión de la COVID-AP y además, se determinó durante la llamada si el paciente estaba viviendo solo, si tenía algún tipo de apoyo (familiar o de otra clase), y si estaba saliendo de domicilio, especificando el motivo y la frecuencia. Se hicieron recomendaciones sobre higiene, ocio, etc., y se resolvieron dudas. Al finalizar la llamada se preguntaba por algún tipo de necesidad que no estuviera cubierta y en la que pudiéramos colaborar, y se explicaba al paciente las nuevas formas de acceder a la atención primaria (inicialmente vía telefónica para valorar la necesidad de consulta presencial o visita domiciliaria).

Se creó un documento en el que se recogieron los datos anonimizados de los pacientes respecto a su edad, sexo, soledad, convivencia con COVID-19 o sospecha, apoyo y salidas de domicilio, su motivo y frecuencia. El objetivo era valorar las carencias y problemas de nuestra población mayor, con el fin de poder intervenir sobre ellos.

Se propuso realizar este tipo de consulta durante todo el mes de abril, pero la intervención tuvo que suspenderse el 23 de abril debido al inicio del estudio de seroprevalencia del SERGAS, que condicionó la labor de enfermería.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 601 consultas proactivas entre el 1 y 23 de abril del 2020, cuando estaban vigentes todas las restricciones impuestas en el contexto del estado de alarma.

La media de edad de los entrevistados fue de 80 años (IC 95% 79-80,1), siendo el 59% (58,5-59,7) mujeres y el 41% (40,4-41,4) hombres, tal y como se muestra en la figura 1.

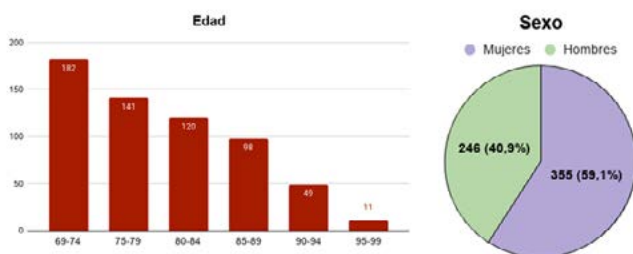


Figura 1. Datos sociodemográficos. Edad y sexo.

Respecto a la situación en domicilio, se constató que un 13% (12,9-13,4) de los pacientes vivían solos, frente a un 87% (86,1-87,6) que referían vivir acompañados. El 85% (84,1-85,6) de los pacientes afirmaban tener apoyo familiar o de otro tipo, frente a un 15% (14,8-15,5) que referían no tener apoyo alguno.

Solo un 1% de los pacientes (7) convivieron en domicilio con pacientes sospechosos o positivos para COVID-19 (figura 2), concentrándose principalmente en el tramo de edad entre 69 y 74 años.

¿Convive con positivo y/o sospecha de COVID-19?

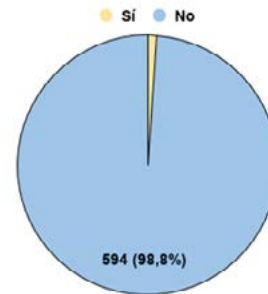
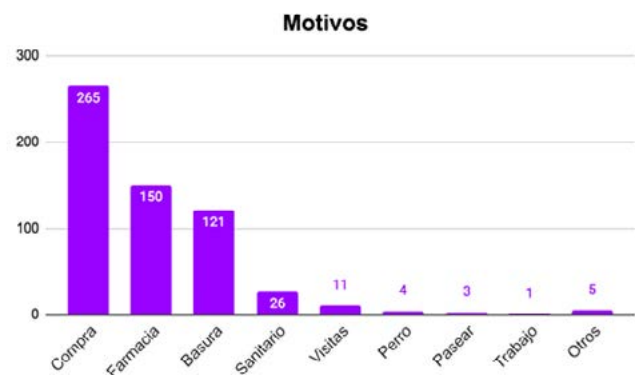


Figura 2. Convivencia con pacientes sospechosos o positivos para COVID-19.

Afirmaron que salieron del domicilio durante el confinamiento un 35% (34,8-35,8) de los pacientes, siendo los motivos más frecuentes hacer la compra, ir a la farmacia y tirar la basura (figura 3). La frecuencia de dichas salidas queda reflejada en la figura 4.



Frecuencia

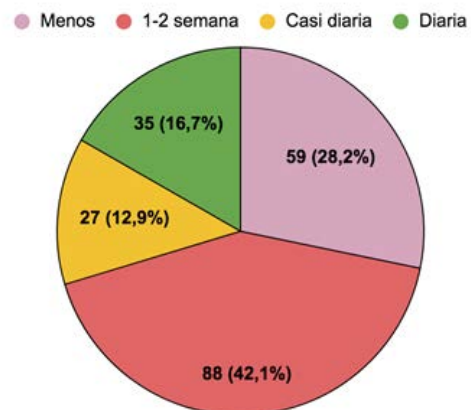


Figura 4. Frecuencia de las salidas de domicilio.

Si analizamos los datos por sexos, nos encontramos que la media de edad entre hombres y mujeres no varía respecto a la media general, y su distribución por tramos de edad se mantiene. La soledad en domicilio supone una diferencia estadísticamente significativa (p 0,041): viven solas un 15,5% de las mujeres, frente a un 10% de los hombres. Las mujeres tienen más apoyo que los hombres, un 89% frente a un 78,5% respectivamente (p 0,001). Respecto a las salidas del domicilio, también existe una diferencia notable, solo un 28% de las mujeres afirma salir, frente a un 46% de los hombres (p 0,001).

Los pacientes mayores de 80 años tienen apoyo en más del 90% de los casos. Entre aquellos que tienen apoyo, viven solos un 12% y salen del domicilio un 27%. En cambio, los que no tienen apoyo alguno, viven solos un 20% y salen del domicilio el 81%, suponiendo una diferencia estadísticamente significativa respecto al grupo con apoyo, tal y como se muestra en la figura 5 (p 0,042 y 0,001 respectivamente). Aunque solo un 20% de los que refieren no tener apoyo viven solos, es importante recalcar que uno puede vivir acompañado y tener el mismo grado de fragilidad que alguien que viva solo, ya que muchas veces son cuidadores principales de sus

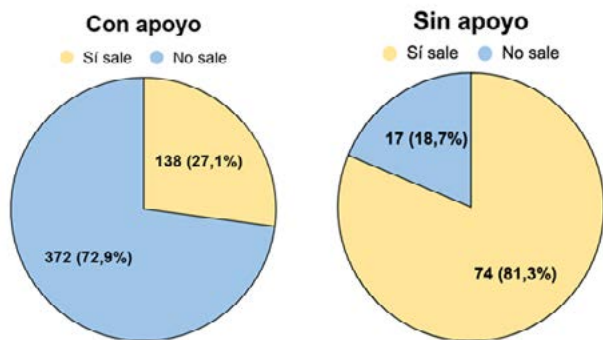


Figura 5. Salidas de domicilio en función del apoyo.

Respecto a la soledad en domicilio, cabe destacar que el 95% de los pacientes que afirman vivir solos son menores de 90 años (92,8-97,1), cifra que se reduce significativamente a menos de un 5% (4,6-5,7) en el caso de los mayores de 90.

Es importante recalcar el aumento progresivo del apoyo referido por parte de los pacientes a medida que la edad avanza, pasando de un 74% en los menores de 75 años, a más de un 90% en los mayores de 80 años (p 0,001). Además, impresiona que, de los pacientes que no salen del domicilio, el 96% refiere tener apoyo (p 0,001). Esto nos deja un 4% de pacientes que no salen ni tiene apoyo, por lo que suponemos que viven en zonas más urbanas del municipio, donde sí se realizan entregas de compra a domicilio, a diferencia de las zonas más rurales o a más distancia de supermercados, donde el servicio a domicilio no está disponible, cosa que condiciona más salidas, ya sea de los pacientes o de sus personas de apoyo.

La media de edad de las personas que afirma salir de domicilio es de 76 años (75,6-77,1), frente a 79 años (78,5-80,4) en el grupo de los que niegan salir.

Así pues, existe una diferencia estadísticamente significativa de que a medida que la edad aumenta, la soledad disminuye, el apoyo aumenta y las salidas se reducen (figura 6).

	69-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99
Soledad	15%	11%	16%	14%	6%	9%
Apoyo	74%	84%	91%	94%	92%	100%
Salidas	55%	40%	31%	12%	12%	9%

Figura 6. Soledad, apoyo y salidas de domicilio en función de la edad.

CONCLUSIONES

La consulta proactiva ha resultado una herramienta sencilla y muy útil para conocer la situación de nuestra población mayor de 70 años, permitiendo la anticipación de demandas asistenciales, así como la transmisión de información de medidas generales e higiénicas.

Las mujeres tienen más apoyo y salen menos del domicilio que los hombres.

Los pacientes con apoyo apenas han salido del domicilio durante el confinamiento.

La soledad disminuye, el apoyo se incrementa y las salidas se reducen a medida que la edad aumenta.

APLICABILIDAD

Ante la posibilidad de un nuevo brote por COVID-19 en los próximos meses, que pueda conllevar una nueva situación de distanciamiento social y aislamiento poblacional, la consulta proactiva debe ser una herramienta a tener en cuenta para adelantarse a las necesidades de la población e impedir que el aislamiento de los pacientes vaya en detrimento de su estado de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Ministerio de Sanidad. 17 Abril 2020.
2. España. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado, 14 de marzo de 2020, núm. 67, páginas 25390 a 25400.
3. Asociación Galega de Medicina Familiar y Comunitaria. Proposta de COnsulta proactiva en coronaVirus epiDémico para Atención Primaria (COVID-AP). Marzo 2020.