

Bitácora de reflexiones sobre la Atención Primaria en tiempos de pandemia

Luz de Myotanh Vázquez Canales
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Desde el 13 de marzo, día en el que se declara el estado de alarma, la Atención Primaria (AP) está sufriendo un cambio radical en el sentido más literal de la palabra. De repente, los tiempos modernos han llegado sin esperarlos. Ejemplo de ello son las llamadas telefónicas de alta resolución, uso de correo electrónico para la gestión de burocracia, videollamadas... A fin de cuentas, un abanico de recursos que nadie entendíamos porque no se habían implantado antes, equiparándonos a la Atención Primaria de otros países.

Sin embargo, ¿cómo estamos atendiendo a nuestros pacientes? Afortunadamente, no todas las comunidades autónomas han sufrido, como Madrid o Barcelona, el cierre de los centros de salud, perdiéndose así todos los atributos de la AP. Por suerte, la mayoría hemos sido unos privilegiados y nos hemos quedado atendiendo a nuestros pacientes. Sin embargo, en algunas direcciones han planteado la posibilidad de hacer semanas de contingencia en la que hemos perdido el contacto con los cupos asignados. En esas semanas, alejados de los centros, la posibilidad del teletrabajo no se ha puesto a disposición de todos los profesionales, perdiéndose así la longitudinalidad, la integralidad y la continuidad durante esas ausencias.

La telefonía se ha convertido en nuestra aliada en tiempos de la COVID-19 y adaptarnos a ella no ha sido fácil. La forma en la que se explican los pacientes, la pérdida del lenguaje no verbal y, en general, la pérdida de la presencia física ha hecho que debamos reinventarnos y entrar en el imaginario del lenguaje de cada paciente para poder entenderlos. Así pues, esta capacidad camaleónica de los médicos de familia ha hecho que durante estas semanas las llamadas se hayan convertido en nuestro medio para resolver prácticamente todas las consultas.

Tengo la impresión de que la obsesión por detectar los casos por el virus SARS-CoV2 está dejando la patología propia que se atendía en Atención Primaria en un segundo plano. Parece que el sistema haya impuesto la modalidad de «hacer COVID-19 para dejar de hacer no-COVID-19». Además, tampoco puedo dejar de mencionar la contaminación que existe cegando nuestra capacidad diagnóstica, pensando que todo lo consulta es la COVID-19.

No puedo dejar de pensar en las consecuencias que tendrá a un período medio y largo plazo esta nueva forma de trabajo sobre los pacientes y los propios profesionales que trabajamos en los centros de salud. No se puede negar las ventajas que nos han aportado como la implementación de nuevas herramientas, el teletrabajo, la reinención de los equipos o el uso de una medicina aún más resolutiva. No obstante, por un lado, a nivel asistencial, los médicos de familia nos estamos haciendo cargo de los cupos de los compañeros ausentes, dejando los atributos de la AP a un lado, especialmente la longitudinalidad y la integralidad. Por otro lado, los pacientes tienen miedo de consultar, lo que hace que en muchas ocasiones llamen por situaciones que se han agravado y requieren de asistencia hospitalaria. Me gustaría compartir dos situaciones vividas en las que se ha pedido consentimiento a los protagonistas, pero les gustaría mantener su anonimato.

Paciente 1. Varón de 85 años, patologías crónicas típicas de la edad sin ninguna de gravedad. El paciente consultó un lunes al médico en el centro de salud por un dolor abdominal y vómitos de 2 días de evolución. El médico le dio tratamiento sintomático y, viendo que no mejoraba, el martes volvió a consultar con otro médico diferente que le recomendó seguir con el mismo tratamiento. El miércoles volvió a llamar y le atendí. Llamaba porque seguían los síntomas y además tenía fiebre. A pesar de que la clínica podría ser sospechosa de COVID-19, lo remití a urgencias y acabó diagnosticado de una pancreatitis aguda. En condiciones normales, este paciente debería de haber sido explorado, por lo menos, por el segundo médico que lo atendió, pero cada día lo vio una persona diferente que no conocía al paciente porque su médica no estaba.

Paciente 2. Mujer de 50 años, antecedente de cólicos renales de repetición en seguimiento por urología. Inicia un cólico renal, ella misma inicia analgesia y, como no mejora, acude a urgencias del centro de salud donde le pautan tratamiento por vía endovenosa con metamizol y dexketoprofeno. Le pautan el mismo tratamiento al alta. Al sexto día, como no estaba mejor, llama al centro de salud y le atiende un primer médico que decide que debe continuar con el mismo tratamiento y, al octavo día, como tampoco notaba mejoría, vuelve a llamar. La atendí, ya que su médica no estaba, y la remití al hospital donde quedó ingresada por una infección renal e insuficiencia renal aguda.

Conclusiones

1. Los pacientes están aguantando en sus casas sin consultar por miedo a acudir a los centros de salud o a molestarlos. Estamos encontrándonos con pacientes que cuando consultan tienen cuadros de varios días de evolución que han pasado de leves a graves.
2. La llamada telefónica ha demostrado ser un medio de alta resolución. Sin embargo, no permite valorar físicamente a un paciente. Hay consultas que necesitan ser exploradas por la clínica, por la evolución y por la propia necesidad del que consulta.
3. La longitudinalidad se ha perdido en muchos centros de salud en los que se ha realizado contingencia sin posibilidad de teletrabajar o desplazado a sus médicos a otros dispositivos. Algunos médicos han puesto sus propios medios, como sus números de teléfono o sus correos electrónicos personales, para que la longitudinalidad no se disipe en medio de la pandemia.
4. El virus ha pasado a ser el protagonista de las consultas y la patología crónica, que solíamos atender, ha pasado a un segundo plano. Es necesario empezar a recuperarla porque también es causa de importantes problemas de salud.