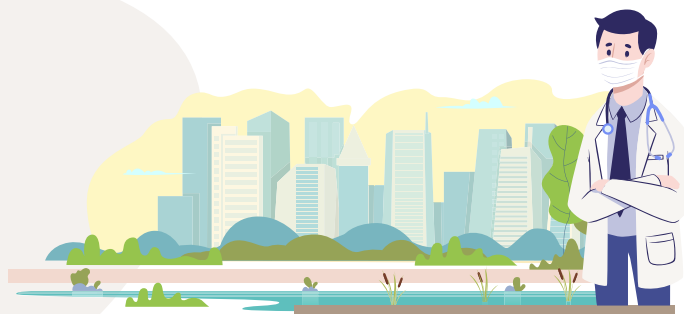




El médico de familia atendiendo a los pacientes con diabetes durante la pandemia del Covid-19...



...en el medio urbano



La pandemia que estamos sufriendo en las últimas semanas ha cambiado la forma de trabajar en los Centros de Salud. Las enfermedades crónicas y entre ellas la diabetes, siguen necesitando nuestra atención, aunque durante este periodo nuestra prioridad ha sido la patología aguda provocada por el Covid-19.

La necesidad de confinamiento de la población y el descenso en el número de profesionales, no solo por el elevado número de compañeros que han sufrido la enfermedad, sino también por el traslado del personal de Atención Primaria a otros dispositivos médicos fuera del Centro de Salud (Servicios de urgencias, hospitales de campaña, hoteles adaptados, colaboración con residencias de ancianos, etc), ha obligado a cambiar nuestra forma de trabajar.

Este gran esfuerzo de adaptación en Atención Primaria ha obligado a tomar decisiones rápidamente para remodelar la atención sanitaria. Las directrices formuladas desde las gerencias y también la comunicación entre los profesionales a través de redes sociales, han permitido compartir nuevas formas de organización en un tiempo record. Este hecho, junto con los días de diferencia en la evolución de la pandemia entre unas y otras zonas, ha facilitado que el modelo de atención haya sido muy similar en todos los centros.

Para garantizar la asistencia ha sido necesario un rápido desarrollo de la telemedicina. Cuando un paciente solicita ayuda o consulta es atendido a distancia, de manera que se han realizado miles de llamadas de teléfono para valorar la situación clínica y pautar tratamientos o pruebas complementarias. También se ha solicitado el envío de imágenes o informes por correo electrónico e incluso se han realizado video-llamadas. La

adaptación de la población a estos recursos ha sido excelente, con continuas manifestaciones de agradecimiento al percibir que, incluso en estas circunstancias, los profesionales sanitarios más cercanos, que mejor les conocen, están pendientes de su salud y de los cuidados que puedan necesitar.

Tras el contacto telefónico, en ocasiones ha sido necesario acudir al domicilio para completar la valoración o pedir al paciente que acuda al Centro de Salud, donde se le ha atendido en zonas habilitadas con la máxima seguridad para los pacientes. Esta atención personal ha precisado remodelar los espacios dentro del Centro de Salud y los profesionales hemos necesitado medidas de protección que no siempre han sido suficientes. Este lamentable hecho puede relacionarse con el elevado número de profesionales contagiados.

Las necesidades de traslado al hospital de los pacientes atendidos en atención primaria han sido pocas. Aunque las cifras de ingresos totales son muy altas, constituyen una mínima parte de los pacientes atendidos por la enfermedad. »

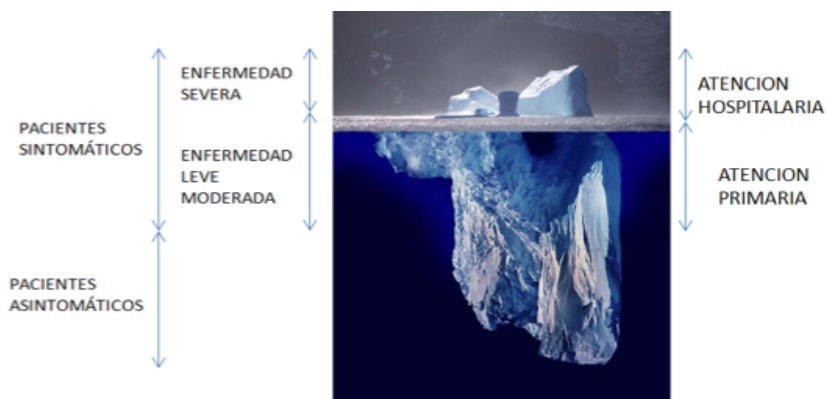


Julio Sagredo

Médico de Familia

C. S. Parque Europa de Pinto, Madrid

Como en otras muchas enfermedades en este caso es válida la imagen del iceberg:



DURANTE ESTE PERIODO DE PANDEMIA, LA ATENCIÓN PRIMARIA HA DEMOSTRADO SU FORTALEZA EN LA CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN PARA CUIDAR Y TRATAR, DESDE LA CERCANÍA, A LAS PERSONAS CON DIABETES Y SUS FAMILIAS

» El seguimiento de las personas con patologías crónicas como la diabetes méllitus ha sido también a través del teléfono. En la medida de lo posible, hemos revisado nuestros listados de pacientes crónicos más sensibles y siempre que se ha contactado con personas con diabetes, se les ha explicado que aunque esta enfermedad no aumenta el riesgo de contraer la infección por coronavirus, deben extremar las precauciones, porque en caso de enfermar es mayor el riesgo de complicaciones.

Los efectos del confinamiento hacen más difícil el control de la diabetes. Se ha insistido en las medidas de autocuidado, incidiendo especialmente en mantener la actividad física posible, cuidar aún más la alimentación y revisar con más frecuencia el control glucémico, recordando los motivos por los que deben consultar. La variedad en el conocimiento que las personas tienen sobre su enfermedad, ha obligado a reprogramar llamadas para sucesivas intervenciones, intentando así aumentar la autonomía del paciente respecto al control de la diabetes.

Cuando se ha presentado clínica compatible con la infección por Covid-19 en personas con diabetes, se ha recomendado un mayor control de la glucemia, recordando que la persistencia de fiebre o síntomas digestivos deben ser especialmente valorados. Las llamadas de seguimiento se realizaron cada 24 o 48 horas por médicos y enfermeras durante todos los días de la semana, incluidos los festivos. Se ha mantenido la línea directa para revisar la sintomatología y resolver todas las dudas del paciente o sus cuidadores sobre el tratamiento más adecuado para la enfermedad y minimizar el riesgo de contagio de los convivientes.

Las descompensaciones que más hemos observado se relacionan con la presencia de fiebre, diarrea, deshidratación, y también la hiperglucemia por el tratamiento

con corticoides. Se realizaron los ajustes en el tratamiento, en ocasiones con retirada y posterior reintroducción de fármacos en los sucesivos contactos telefónicos.

La mayor parte de los pacientes afectados han sido controlados de esta manera en su domicilio, donde casi todos han superado la enfermedad sin mayores complicaciones y sin necesidad de recurrir a la atención hospitalaria.

En las últimas semanas ha mejorado la situación y crecen las consultas por motivos distintos al de la infección por Covid-19 o surgidos como consecuencia de ésta (duelo, ansiedad, etc...). En estos momentos sigue siendo necesario mantener la consulta telefónica y el circuito aislado para enfermos respiratorios además de las consultas habituales. La salida del confinamiento con la reincorporación de toda la población a sus actividades habituales y la vuelta a la normalidad, se realiza con nuevas precauciones, con dolor por las pérdidas y con importantes lecciones aprendidas.

Es necesario reflexionar y sacar conclusiones. Hay aspectos organizativos que deben cambiar: la accesibilidad se mantiene, pero no puede ser presencial en la medida que lo ha sido hasta ahora. La nueva gestión de las consultas y las posibilidades de la telemedicina han venido para quedarse y para desarrollarse al máximo.

También es necesario reconocer y agradecer el ánimo que nuestros pacientes nos han transmitido cada día. No solo en forma de aplausos, sino también con emotivas palabras de agradecimiento y apoyo.

Concluimos que durante este periodo de pandemia, la Atención Primaria ha demostrado su fortaleza en la capacidad de adaptación para cuidar y tratar, desde la cercanía, a los pacientes con diabetes y sus familias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad. Guía de actuación para personas con condiciones de salud crónicas y personas mayores en situación de confinamiento. Estado de alarma por COVID-19; 04 abril 2020.
2. Weina Guo, Mingyue Li, Yalan Dong. Diabetes is a risk factor for the progression and prognosis of COVID-19. *Diabetes Metab Res Rev.* 2020 Mar 31:e3319. doi: 10.1002/dmrr.3319. [Epub ahead of print]

...en el medio rural



Desde que se produjeron los primeros avisos sobre la pandemia del coronavirus, nuestra vida ha cambiado, aunque en el medio rural menos de lo esperado.

La buena noticia es que el Covid-19 se trata de una enfermedad que en la mayoría de los casos no reviste gravedad, pues alrededor del 98% de los afectados sobreviven a ésta. La mayoría (>80%) son casos leves (con tos, dolor de cabeza, fiebre y malestar general, a veces pérdida del gusto y olfato y menos frecuente náuseas, vómitos y diarrea o son incluso asintomáticos) con recuperación en domicilio. Sin embargo, algunos casos (alrededor del 14%) son graves y muy pocos (alrededor del 5%) pueden desarrollar una enfermedad crítica. En las personas ancianas o en aquellos que tienen otros problemas de salud, como enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas e hipertensión, la evolución suele ser peor. Las personas con diabetes no tienen mayor riesgo de contraer la enfermedad aunque si de desarrollar complicaciones, especialmente si no están bien controladas.

En el medio rural, donde predomina una población bastante envejecida, con un 35% de las personas mayores de 65 años y un 20% mayor de 74 años, lo esperable, según los datos publicados, habría sido una alta mortalidad, dado que los casos más graves, como hemos comentado anteriormente, se dan en las personas de más edad. Nos preparamos para un gran duelo, a pesar de trabajar intentando minimizar los riesgos de la población.

Otra gran contrariedad para nuestra población fue la orden de tener que quedarse confinado en casa, haciendo difícil el

consejo que venimos repitiendo durante años de que los pacientes con diabetes deben hacer ejercicio prácticamente a diario o al menos tres veces en semana. Difícil realizar ejercicio cuando estás confinado y no puedes salir a la calle, pues las casas no son adecuadas para hacer ejercicio por tener la mayoría cuartos muy pequeños y todas ellas con escaleras bastante empinadas por la especial orografía de nuestro pueblo.

A todo esto debemos sumar que según datos de la Junta de Andalucía, el pueblo en el que trabajo es el segundo con la renta per cápita más baja de dicha Comunidad Autónoma, con una renta bruta de 12359 € anuales, lo que imposibilita el poder sugerir la compra de cintas de andar o bicicletas estáticas, dado que la mayoría de la población y especialmente los de mayor edad, tienen serias dificultades para llegar a fin de mes.

Sin embargo, frente a estos inconvenientes, el medio rural también tiene algunas ventajas. Unos días antes incluso de que se decretase el estado de alarma, nos reunimos el alcalde, el secretario del ayuntamiento, los concejales y nosotros para poner en marcha una estrategia que minimizase los riesgos, contando con la total colaboración de la corporación, pese a que ese mismo día diagnosticamos al alcalde de infección por Covid-19 teniendo que aislarlo, igual que al concejal encargado del ayuntamiento, por ser este contacto de un caso y convivir con personas de riesgo.

Desde el inicio pusimos en marcha en el pueblo una campaña informativa de lo que podía pasar utilizando desde las redes »



Luis Ávila
Médico de familia
C.S. Almachar, Málaga

OTRO ASPECTO A TENER EN CUENTA EN EL MEDIO RURAL, Y QUE NOS DIFERENCIA DE ALGUNOS CENTROS URBANOS, ES LA NECESIDAD DE REALIZAR GUARDIAS EN LAS QUE CUBRES SEIS PUEBLOS DIFERENTES Y ALGUNOS FUERA DE ZONAS

» sociales hasta lo que mejor funciona en los pueblos que es el boca a boca y solicitamos la cooperación de toda la población. Si bien hemos de decir que el primer día de confinamiento no se nos hizo demasiado caso, y a la hora del autobús la gente se aglomeró en la marquesina de espera, a partir del segundo día, el pueblo apareció absolutamente desierto porque la mayoría de la gente se había desplazado a las casas en el campo donde permanecieron más aislados, y a su vez, haciendo el encierro más soportable por disponer de más espacio para moverse e incluso poder estar al aire libre.

Otra medida que tomamos desde el primer momento fue la fumigación de las calles con lejía tal como aconsejó la Junta de Andalucía. También organizamos un núcleo de voluntarios que se ofrecieron a salir a la calle para llevar alimentos y las compras necesarias a todas las personas que lo solicitaran. Con el grupo de voluntarios, lo primero que hicimos fue organizar una reunión, en un espacio lo suficientemente amplio como para poder mantener más de dos metros entre los asistentes y donde enseñamos y practicamos las medidas de seguridad: como ponerse y quitarse los guantes, el uso de mascarillas, etc.

A todo esto hay que sumar la contrariedad de trabajar aislado al ser el único médico del municipio y tener que dar respuesta a todas las preguntas que iban surgiendo, como por ejemplo, si debíamos modificar el tratamiento con la medicación antihipertensiva ARA 2. Estas cuestiones que en la mayoría de los centros se abordan entre diferentes profesionales y se intercambia información, cuando uno trabaja en el medio rural y solo en un consultorio no tienes otros compañeros con los que consultar. Afortunadamente, contamos con un buen acceso a internet cedido por el ayuntamiento que nos permite hacer las consultas on line conforme surgen las dudas. Además, las redes sociales y especialmente *whatsapp* y *telegram*, nos han permitido también estar en contacto continuo con grupos de profesionales como la redGDPS que te permiten hacer tus pre-

guntas a otros compañeros y compartir conocimientos, experiencias y evidencias en tiempo real. Ha sido toda una experiencia como han surgido grupos de colaboración entre profesionales que nos han permitido estar totalmente actualizados y contar con el apoyo de muchos compañeros con los que no contactabas desde hacía años.

Otro aspecto a tener en cuenta en el medio rural, y que nos diferencia de algunos centros urbanos, es la necesidad de realizar guardias en las que cubres seis pueblos diferentes y algunos fuera de zonas. Durante estas guardias hemos notado un descenso significativo de las demandas y muy pocas relacionadas con diabetes descontroladas que no resultan nada raras en épocas de normalidad. Quizás esto esté relacionado con el aislamiento que sufren estas poblaciones, lo que ha permitido mantenerse con cero contagiados hasta este momento.

Al final de la primera semana, nos dimos cuenta que los pacientes crónicos no llamaban al centro ni solicitaban ningún tipo de atención, por lo que decidimos visitarlos y nos dimos cuenta que había dos tipos de pacientes, unos que creían que no estaba pasando nada y que incluso todo era una gran falacia y otros que pensaban que íbamos a morir todos, notando incluso el miedo a que nos acercáramos a su casa, por eso pensamos que debíamos comenzar a trabajar de otra forma e ideamos un cambio fundamental.

El principal cambio que hemos abordado en el consultorio es la atención al paciente crónico, especialmente personas con diabetes, hipertiroideos, hipertensos descompensados y EPOC, hemos pasado de dar pautas de seguimiento al paciente para que las siga, a sacar listados y hacer nosotros la programación de las visitas, dado que nos dimos cuenta que no estaban acudiendo al centro. Para todo este trabajo, fue fundamental la administrativa del consultorio que es la encargada de organizar las consultas de crónicos, de tal forma que les pedimos la analítica de control, los citamos un día determinado y

en ese acto se les extrae la analítica, se les hace la educación y si es necesario se hace la revisión física que corresponda, posteriormente los llamamos por teléfono para darle los resultados, de tal forma que solo acuden una vez al centro y es de forma programada. Con esto intentamos no perder de vista a nuestros pacientes crónicos, manteniendo el mismo nivel de atención previo y minimizando las visitas al centro, asegurando también la recaptación de pacientes poco cumplidores que no acuden a sus revisiones.

Desde el principio tuvimos la idea de continuar siendo lo que somos, médicos de familia cuya especialidad es más la prevención de enfermedades que el tratamiento, y bajo esa perspectiva actuamos y

adaptando los consejos de los diferentes Organismos Públicos, como el Ministerio de Sanidad, IDF (Internacional Diabetes Federation), OMS (Organización Mundial de la Salud), etc. a nuestra realidad y hemos podido comprobar, que el medio rural está más preparado para hacer frente a enfermedades, que creíamos del tercer mundo y que acabamos de comprobar que también nos afectan y de forma muy seria, modificando tanto nuestro estilo de vida como nuestra economía y que lo pueden hacer durante un largo periodo de tiempo.

El resultado de nuestras medidas se resume en solo 3 casos confirmados, 8 posibles y ninguna muerte, lo que para una población como la nuestra supone un excelente resultado.^D



BIBLIOGRAFÍA

1. <https://datosmacro.expansion.com/mercado-laboral/renta/espana/municipios/andalucia>.
2. www.thelancet.com/diabetes-endocrinology Published online April 23, 2020. <https://doi.org/10.1016/S2213-8>
3. Fang L, Karakiulakis G, Roth M. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? *Lancet Respir Med* [Internet]. 2020 Apr [cited 2020 Apr 24];8(4):e21. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7118626/587\(20\)30152-2](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7118626/587(20)30152-2)
4. COVID-19 outbreak: guidance for people with diabetes. Available from: <https://www.idf.org/our-network/regions-members/europe/europe-news/196-information-on-corona-virus-disease-2019-covid-19-outbreak-and-guidance-for-people-with-diabetes.html>
5. Junta de Andalucía - Coronavirus COVID-19 [Internet]. Junta de Andalucía. [cited 2020 Apr 24]. Available from: https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/paginas/Nuevo_Coronavirus.html
6. Hussain A, Bhowmik B, Cristina do Vale Moreira N. COVID-19 and Diabetes: Knowledge in Progress. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. 9 de abril de 2020 [citado 30 de abril de 2020]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7144611/>