

## EXPERIENCIA

### **Papel de los residentes de Medicina de Familia y Comunitaria en triaje del Centro de Salud Salvador Allende (Valencia) durante el estado de alarma por SARS CoV-2.**

Paula Carranza Pérez<sup>1</sup>, Lucía Valdovinos Escabosa<sup>1</sup>, Azahara Herrera Espinosa<sup>2</sup>, Alba Romeo Campos<sup>3</sup>, Pedro José Aparicio Aragón<sup>4</sup>, Rubén Gómez Villaplana<sup>2</sup>.

- 1: MIR-2 de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salvador Allende / H La Fe (València).
- 2: MIR-3 de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salvador Allende / H La Fe (València).
- 3: MIR-2 de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Trinitat / H La Fe (València).
- 4: MIR-3 de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Trinitat / H La Fe (València).

Contacto: Azahara Herrera Espinosa. a.herrera.neu@gmail.com.

Los autores declaran no tener conflicto de interés en la realización del presente estudio.

Citar como: Carranza Pérez P, Valdovinos Escabosa L, Herrera Espinosa A, Romeo Campos A, Aparicio Aragón PJ, Gómez Villaplana R. Papel de los residentes de Medicina de Familia y Comunitaria en triaje del Centro de Salud Salvador Allende (Valencia) durante el estado de alarma por SARS CoV-2. fml. 2020; 25(2):4p

**Resumen:** La pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha generado una sobrecarga del sistema sanitario tanto en urgencias hospitalarias como en los puntos de Atención Primaria. Por ese motivo, y dada la inexperiencia previa del personal del Centro en términos de triaje, sugerimos establecer un cribado desde la puerta de entrada a modo de triaje para la selección oportunista de posibles casos, tanto de forma presencial en dicho puesto de triaje como de forma telemática a través de la atención telefónica. De este modo, se posibilitaba la selección precisa de pacientes y una acción preventiva y Comunitaria en el seno de las familias que constituyen la población atendida por el Centro de Salud.

### **Fundamentos**

La pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha generado una sobrecarga del sistema sanitario tanto en urgencias hospitalarias como en los puntos de Atención Primaria.

Al inicio de la pandemia varios Residentes de la Unidad Docente Multiprofesional de Valencia (UDMAFYC Valencia) acudimos a nuestro Servicio de Atención Primaria, el Centro de Salud de Salvador Allende, adscrito al Hospital La Fe para prestar nuestros servicios junto al personal de nuestro Centro de Salud.

Nuestro objetivo fue ayudar a reconvertir la Atención Primaria en formato adecuado a la situación de pandemia con el fin de disminuir la propagación de la enfermedad y evitar el

colapso del sistema tanto a nivel de Atención Primaria como de urgencias. Consensuado con tutores y resto del equipo, se organizó un apoyo al triaje en la puerta del centro constituido inicialmente por personal de Enfermería y personal polivalente (mostrador) dado que existía mucha inseguridad por parte de los colectivos en triaje por falta de experiencia anterior.

Consideramos que para disminuir la propagación de la enfermedad hay que ir desde el origen, el contacto, realizando una labor de salud comunitaria desde el inicio. Por tanto, sugerimos establecer un cribado desde la puerta de entrada. El plan consistió en realizar una labor de cribado y selección oportunista de posibles casos. De esta forma, se discriminaba a los pacientes sospechosos de

enfermedad por coronavirus para entrar en un circuito respiratorio especial distinto del resto y, además, evitar contagios con el personal sanitario, otros pacientes y el resto de la comunidad atendida. Para tal fin, se realizaban una serie de preguntas protocolizadas a los pacientes. Se daban indicaciones de higiene para evitar contagios y de aislamiento si era necesario. Si se consideraba que existían criterios de sospecha o gravedad se avisaba al Médico Adjunto responsable ese día de atender a los pacientes de tipo respiratorio con Equipos de Protección Individual (EPI). Mientras, el resto de Adjuntos se encargaban de otras urgencias y domicilios.

### Métodos

El protocolo de actuación quedó plasmado de la siguiente forma:

- A dos metros de la puerta de entrada, junto al mostrador de recepción, se instaló el puesto de triaje, compuesto por un/a Enfermero/a y un Médico/a Residente.
- El paciente, a su llegada y siempre manteniendo las distancias de seguridad, era interrogado acerca de su motivo de consulta. De esta manera, se conseguía diferenciar al paciente con síntomas respiratorios (tos o dificultad respiratoria) y/o fiebre, del que acudía por otro motivo. Se realizaba una breve anamnesis y toma de constantes (saturación de oxígeno por pulsioximetría y temperatura corporal axilar), para orientar el caso lo máximo posible. Además, se interrogaba acerca del ambiente epidemiológico en su domicilio.
- De esta forma, todo paciente con síntomas sugestivos de infección por SARS-CoV-2 era derivado al circuito respiratorio o circuito "sucio", aplicándose el algoritmo de actuación por "caso posible/sospechoso". Antes de acceder a la sala destinada para la atención de pacientes respiratorios, se proveía al individuo de guantes, mascarilla quirúrgica y se les solicitaba lavado de manos con solución hidroalcohólica previa colocación de dichos dispositivos.

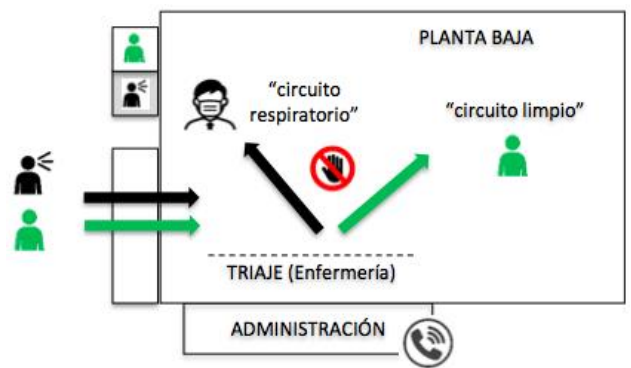


Figura 1. Esquema general de la estación de triaje y sus derivaciones. El paciente entra (izquierda de la ilustración) al Centro de Salud, siendo desde allí derivado a circuito "limpio", circuito "sucio" a ventanilla de administración o instándole a volver a su domicilio y consultar de forma telefónica, según fuese preciso en cada caso.

- Por otro lado, cualquier paciente que acudiese al centro de salud, independientemente de su motivo de consulta, era interrogado acerca de posibles síntomas, para derivarlo en caso de que fuese necesario al circuito respiratorio y realizar así un cribado oportunista.
- En caso de no presentar síntomas compatibles, el paciente debía ser atendido (si requería asistencia presencial) en su consulta de destino (sintrom, inyectables de Enfermería, Pediatría, consulta de Medicina de Familia) siguiendo la señalización implantada para el circuito no respiratorio o "limpio" [Fig.1].
- En los casos en que se activaba el circuito respiratorio [Fig.2], un médico con EPI atendía al paciente. En ningún momento se necesitó más de un solo facultativo por día debido a un buen control de la demanda asistencial,

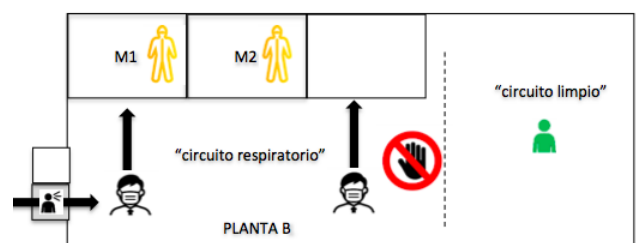


Figura 2. Esquema del circuito "sucio" o de pacientes respiratorios. El paciente seleccionado previamente en triaje, sube a la planta superior tras lavado de manos y colocación de mascarilla y guantes, a la estancia dedicada a la exploración del paciente. Allí, un médico provisto con Equipo de Protección Individual (EPI) adecuado (individuo de color amarillo) espera para atenderle.

gracias al sistema de triaje implementado.

- Desde triaje y también en las consultas de los facultativos, se entregaban hojas de recomendaciones de aislamiento domiciliario para informar a la población y favorecer la prevención en la población adscrita al Centro de Salud.

Como punto adicional de apoyo al sistema de triaje y circuitos diferenciados, y dado que la asistencia estaba siendo fundamentalmente telemática, se estableció de igual forma un sistema de cribaje oportunista durante las llamadas a los pacientes que solicitaban asistencia vía telefónica:

- Utilizando los mismos métodos que en el triaje presencial, se interrogaba a los pacientes que solicitaban asistencia acerca de síntomas compatibles, tanto si consultaban por clínica respiratoria como si consultaban por cualquier otro motivo, detectando de forma prematura posibles casos y facilitando a dichos pacientes las instrucciones adecuadas para actuar en función de la gravedad de la clínica que presentasen: aislamiento domiciliario o asistencia hospitalaria.
- Del mismo modo, esta medida permitía incluir a los pacientes en las agendas de seguimiento telefónico de los casos posibles para poder observar su evolución clínica y actuar de forma temprana en aquellos casos inicialmente leves que pudieran complicarse con posterioridad.

## Resultados

La implantación de un protocolo de triaje y cambios de funcionamiento del ejercicio asistencial contó desde el inicio con el apoyo de Gerencia de Atención Primaria y la Coordinación del Centro de Salud. En las primeras jornadas de funcionamiento del nuevo circuito asistencial, fue el personal de Enfermería quien se encargó de realizar dicha labor de triaje. Posteriormente, los Residentes nos incorporamos como refuerzo de la plantilla habitual del Centro, en especial en triaje y asistencia telefónica. A la luz de los resultados positivos que suponía la presencia de un

Médico/a Residente en el puesto de triaje, el Centro optó a petición del personal sanitario por mantenerlo y establecer dicha labor de forma conjunta con el personal de Administración y Enfermería.

Desde la implementación de un sistema de triaje con Médicos Residentes como punto de entrada y gestión del flujo de pacientes, se consiguió optimizar la selección de los mismos, optimizando la prevención de contagios entre personal y entre pacientes. Esto era de vital importancia para conseguir mantener una plantilla de personal funcional y suficiente, así como para evitar posibles contagios de pacientes añosos o frágiles, que son en su mayoría los que más asistencia sanitaria pueden requerir, y aquellos que más complicaciones podrían sufrir.

Asimismo, el puesto de triaje sirvió como un punto de información fiable para los pacientes que, si bien a día de hoy ya conocen mejor las medidas preventivas a seguir, al inicio del proceso pandémico podían tener serias dudas acerca de cómo proceder o cómo solicitar asistencia en cada momento.

El papel del triaje médico en esta situación excepcional fue relevante, puesto que plantear el triaje ya no como un puesto físico de trabajo sino como un método en sí mismo de trabajo permitió aplicar la misma filosofía en las asistencias telefónicas diarias, catalogando a los pacientes de forma precisa como posibles contagios, indicándoles de forma precoz cómo proceder e iniciando el correspondiente seguimiento con la mayor premura posible.

## Conclusiones

El apoyo con personal Médico Interno Residente en los sistemas de triaje (tanto en puesto físico como en asistencia telefónica) permitió seleccionar de forma precisa a los pacientes susceptibles de haber sufrido el contagio del virus SARS-CoV-2, iniciando de forma precoz las medidas de aislamiento individual en domicilio o, si procedía, la asistencia hospitalaria. Este personal cuenta con las facultades suficientes para la optimización de la selección de pacientes por medio del uso de la entrevista clínica,

herramienta príncips para el Médico de Familia.

Asimismo, este sistema de funcionamiento no solo ha conseguido la mejor clasificación de los pacientes y la optimización de la asistencia recibida, sino que ha permitido a su vez llevar a cabo una acción preventiva y Comunitaria en el seno de las familias que constituyen la población atendida por el Centro de Salud, sirviendo el triaje también como punto principal de información acerca de medidas higiénicas y preventivas para minimizar la propagación del virus en la comunidad.

La excepcional labor de los Centros de Salud implementando estas medidas ha permitido que los Servicios de Urgencias Hospitalarias reciban menos pacientes con clínica leve, pudiendo destinar los escasos recursos disponibles a pacientes con mayor gravedad o potencial para experimentar complicaciones derivadas del contagio.

No obstante, el papel de los Centros de Salud ha sido siempre mucho más amplio: el desempeño evidenciado durante el Estado de Alarma no hace más que corroborar el enorme

potencial de los Equipos de Atención Primaria (EAP). Es por eso que proponemos mantener los sistemas de triaje en una nueva Atención Primaria, para la mejora de la asistencia proporcionada a los pacientes, una mejor gestión de las agendas, pudiendo dedicar más tiempo a aquellos pacientes que más lo necesitan. Manteniendo un sistema de triaje y aprovechando las ventajas que ofrecen las nuevas tecnologías y la telemedicina, se propiciaría la devolución del control de su agenda al Médico de Familia, siendo éste quien decida qué individuo precisa asistencia presencial y cuándo. Con esto se favorecería una disminución de la espera para conseguir asistencia presencial, así como un mayor tiempo por paciente. De forma secundaria pero no menos importante, se evitarían aglomeraciones en las salas de espera, en vistas ya no solo a posibles repuntes, sino a la prevención de contagios de cualquier tipo en épocas venideras. Estas medidas, al fin y al cabo, también son una manera de ofrecer la mejor asistencia sanitaria posible a nuestros pacientes. Asumiendo los Médicos de Familia de los Equipos de Atención Primaria, el papel de verdadero pilar de apoyo del Sistema Nacional de Salud.