

protección personal. La propuesta en el «Pit Crew COVID-19» es que todas las acciones sigan un modelo de lista de tareas tipo *check-list*, siempre que la situación lo permita.

En conclusión, la metodología «Pit Crew» se puede adaptar a todos los algoritmos de asistencia clínica de la COVID-19, y sería extrapolable a situaciones de riesgo biológico similares. El éxito se basa en la coordinación y trabajo en equipo de los profesionales sanitarios. Cada uno conoce previamente las tareas y roles a desempeñar durante la asistencia, y se minimizan las acciones improvisadas y el error humano. Podría mejorar la seguridad del paciente y de los profesionales sanitarios.

Bibliografía

1. WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf [Internet] [consultado 28 Abr 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
2. Interim infection prevention and control recommendations for patients with suspected or confirmed coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings. Center for Disease Control and Prevention (CDC) [Internet] [consultado 28 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>.
3. Castro Delgado R, Arcos González P, Rodríguez Soler A. Sistema sanitario y triaje ante una pandemia de gripe: un enfoque desde la salud pública. *Emergencias*. 2009;21:376–81.

4. Real de Asúa D, Galván JM, Iglesias J, Fernandez J, Rodríguez D, Albert P, et al. Criterios de triaje para reanimación cardiopulmonar y soporte vital avanzado durante la epidemia COVID-19. *Med Clin*. 2020.
5. Hopkins CL, Burk C, Moser S, Meersman J, Baldwin C, Youngquist ST. Implementation of pit crew approach and cardiopulmonary resuscitation metrics for out-of-hospital cardiac arrest improves patient survival and neurological outcome. *J Am Heart Assoc*. 2016;5:e002892.

Sergio Nieto Caballero^{a,b,*}, Silvia Sánchez-Arévalo Morato^c, Jill Steiner Sanko^d y Manuel Pardo Ríos^{a,b}

^a Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Murcia (UCAM), Murcia, España

^b Gerencias de Urgencias y Emergencias 061 de la Región de Murcia, Murcia, España

^c Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España

^d Universidad de Miami, Escuela de Enfermería y Estudios de Salud, Comité de Investigación de la Society for Simulation in Healthcare (SSH), Miami, EE. UU.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: snieto2@ucam.edu (S. Nieto Caballero).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.003>

0212-6567/ © 2020 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

COVID-19 y esfuerzo asistencial en atención primaria



COVID-19 and assistance effort in Primary Care

Sr. Editor:

La brusca irrupción de la pandemia por coronavirus SARS-CoV-2, causante de la enfermedad conocida como COVID-19, ha supuesto para los servicios sanitarios una situación de máxima exigencia. El 15 de marzo, cuatro días después del primer fallecido en Extremadura, se declaró en España el Estado de Alarma, instando a un rápido y necesario cambio de la atención sanitaria a la población. En pocos días la atención primaria (AP) reformó sus funciones, cambió la organización de los Centros de Salud y alteró su accesibilidad para dar prioridad a la avalancha de casos sospechosos de infección y a la detección de contactos estrechos, sin descuidar la seguridad del resto de pacientes y de los trabajadores de los centros¹.

En los dos últimos meses, los profesionales de AP hemos realizado un gran esfuerzo para detectar y seguir tanto los casos comunitarios como los aparecidos en centros residenciales, cumpliendo con la vigilancia epidemiológica, colaborando en el estudio de seroprevalencia impulsado por el Ministerio de Sanidad y procurando el mínimo impacto sobre nuestros pacientes crónicos. Nues-

tro trabajo ha favorecido el abordaje precoz de posibles complicaciones de esta enfermedad, evitando el colapso hospitalario.

Como muestra de ese esfuerzo, exponemos la casuística por COVID-19 atendida en una unidad básica asistencial del Centro de Salud urbano «Zona Centro» de Cáceres. La unidad está atendida por un médico de familia, una enfermera y una residente de 4.º año de MFyC. El cupo consta de 1.390 pacientes, entre los que se incluyen 69 de una residencia de ancianos (de un total de 90). La media de consultas diarias en estos dos meses, incluyendo consultas telefónicas, administrativas, a demanda y programadas (presenciales y domiciliarias), videollamadas y telemedicina ha sido de 34.

Se han atendido un total de 79 casos sospechosos. Fueron confirmados 18: 8 por PCR y 10 por pruebas serológicas. La media de edad fue de 64,8 años con predominio de mujeres (68,4%). Hubo 8 pacientes hospitalizados y 3 fallecidos. Entre sospechosos y contactos estrechos se han vigilado 163 pacientes. Hemos observado características epidemiológicas coincidentes con la casuística descrita en otros entornos²⁻⁴.

En la [tabla 1](#) se pueden apreciar las diferencias epidemiológicas de los casos según su procedencia comunitaria o internos en residencia de ancianos.

Además de las lógicas diferencias entre ambos grupos, motivadas por las diferentes edades, morbilidad, hacina-

Tabla 1 Casos sospechosos y confirmados de COVID-19 atendidos entre el 3 de marzo y el 8 de mayo de 2020 en residencia de ancianos o en comunidad

Variables	Residencia (n = 32)	Comunidad (n = 47) ^a	Significación estadística (p)
<i>Edad</i>			
< 60	0 (0,0%)	33 (70,2%)	< 0,001
60-70	1 (3,1%)	9 (19,1%)	
>70	31 (96,9%)	5 (10,6%)	
<i>Sexo</i>			
Mujeres	24 (75%)	30 (63,8%)	ns
Hombres	8 (25%)	17 (36,2%)	
<i>Fases según el Estado de Alarma</i>			
Previa	1 (3,1%)	5 (10,6%)	0,026
Confinamiento	31 (96,9%)	35 (74,5%)	
Fase 0 de desconfinamiento	0 (0,0%)	7 (14,9%)	
<i>Duración de los síntomas, días</i>			
< 7	13 (40,6%)	23 (48,9%)	ns
7-14	8 (25%)	15 (31,9%)	
15-50	10 (31,1%)	8 (17%)	
> 50	1 (3,1%)	1 (2,1%)	
<i>Síntomas</i>			
Tos	24 (75%)	17 (36,2%)	0,001
Disnea	10 (31,3%)	6 (12,8%)	0,045
Fiebre	11 (34,4%)	22 (46,8%)	ns
Odinofagia	5 (15,6%)	8 (17%)	ns
Diarrea	3 (9,4%)	9 (19,1%)	ns
Náuseas/vómitos	0 (0,0%)	5 (10,6%)	ns
Anosmia/disgeusia	0 (0,0%)	3 (6,4%)	ns
Astenia	1 (3,1%)	7 (14,9%)	ns
Cefalea	0 (0,0%)	8 (17%)	ns
Mialgias	2 (6,3%)	7 (14,9%)	ns
<i>Días hasta el alta epidemiológica</i>			
< 14	0 (0,0%)	21 (45,7%)	< 0,001
15-50	28 (93,3%)	23 (50%)	
> 50	2 (6,7%)	2 (4,3%)	
<i>Comorbilidades de riesgo</i>	23 (71,9%)	16 (34%)	0,001
<i>Casos confirmados</i>			
PCR	5 (15,6%)	3 (6,38%)	ns
Serología	7 (21,8%)	3 (6,38%)	ns
<i>Derivados a urgencias</i>	4 (12,5%)	3 (6,4%)	ns
<i>Neumonía</i>	4 (12,5%)	1 (2,1%)	ns
<i>Hospitalizados</i>	4 (12,5%)	1 (2,1%)	ns
<i>Muertos COVID-19</i>	2 (6,3%)	1 (2,1%)	ns

ns: no significativo.

^a Incluye 12 casos de servicios esenciales sanitarios, sociosanitarios y fuerzas y cuerpos de seguridad.

miento, etc., nos gustaría destacar que la mayor parte de los casos se han producido durante el periodo de confinamiento (83,5%) y solo el 8,9% durante la fase 0 de desescalada (ninguno de la residencia), lo que indica la explosividad del brote y el posible efecto contenedor del aislamiento de casos, del estudio de contactos y de las medidas de distanciamiento social. La rápida respuesta de la AP se refleja en que intervinimos en el día o antes de 3 días en los casos sospechosos en la residencia, mientras que los de procedencia comunitaria contactaron con AP entre 7 y 10 días después de iniciados los síntomas. Resaltar también que el porcentaje de pacientes

totales derivados a urgencias hospitalarias fue del 8,8%, una muestra del esfuerzo terapéutico realizado desde nuestro medio.

Los datos que mostramos son un buen ejemplo del importante papel de filtro de la AP en los primeros meses de la pandemia, de las tareas realizadas y de las que nos quedan por realizar, porque, además de mantener la alerta ante nuevos casos, es necesaria la vigilancia periódica de pacientes con enfermedades crónicas susceptibles de empeorar debido a las secuelas del aislamiento, la incomunicación o la inmovilización, y recuperar progresivamente la norma-

lidad asistencial, introduciendo las mejoras organizativas aprendidas en esta dramática experiencia^{5,6}.

Finalmente, decir que un aspecto no menor ha sido poner en práctica medidas preventivas para proteger las relaciones humanas, mantener la estabilidad emocional y contener la ansiedad, tanto de los pacientes como en el centro de salud, mejorando así el bienestar del entorno.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad de España. Manejo en atención primaria de pacientes con COVID-19 [consultado 17 May 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_primaria.pdf.
2. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al., China Medical Treatment Expert Group for COVID-19. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>.
3. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Informe sobre la situación de COVID-19 en España. Informe 14. Centro Nacional de Epidemiología; 2020 [consultado 17 May 2020]. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID19/Informe%20n%C2%BA%2014.%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2024%20marzo%20de%202020.pdf>.
4. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: Increased transmission in the EU/EEA and the UK — seventh update. *European*

Center for Disease Control and Prevention; 2020 [consultado 14 May 2020]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRaseventh-update-Outbreak-of-coronavirus-disease-COVID-19.pdf>.

5. Tranche Iparraguirre S, Martín Álvarez R. La semFYC y la Medicina de Familia en tiempos del Coronavirus. *Aten Primaria*. 2020;52:291–3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.002>.
6. Llisterri Caro JL. La maldita pandemia: una oportunidad para la Atención Primaria de Salud. *Semergen*. 2020;46:149–50, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semereg.2020.03.001>.

Jorge Manuel de Nicolás Jiménez^a,
Laura María Blázquez Recio^b,
María Teresa Fabregat Domínguez^c y Luis Palomo Cobos^{a,*}

^a *Medicina de Familia, Centro de Salud «Zona Centro», Cáceres, España*

^b *MIR R4 de MFyC, Centro de Salud «Zona Centro», Cáceres, España*

^c *Enfermería, Centro de Salud «Zona Centro», Cáceres, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luispalomocobos@gmail.com
(L. Palomo Cobos).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.002>
0212-6567/ © 2020 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Herramienta informática VALINTAN (www.valintan.com) de valoración geriátrica para atención primaria



Computerized geriatric assessment tool VALINTAN (www.valintan.com) for primary care

Sr. Editor:

Después de un proceso inicial de creación y validación ya está disponible para los profesionales de la atención primaria (AP) la herramienta VALINTAN en <http://www.valintan.com> (fig. 1). Consiste en una herramienta informatizada y facilitada de valoración multidimensional tipo valoración geriátrica integral (VGI) pensada para ser utilizada por médicos y enfermeras de AP con apenas adiestramiento, compatible con nuestras consultas habituales, y de esta manera contribuir a una mayor implantación de la valoración geriátrica en nuestro medio asistencial. Está centrada en diagnósticos predefinidos que se asocian con intervenciones efectivas documentalmente expuestas, y soporte informático-web. En la fase de valoración inicial incluye ítems y aspectos asociados con la fragilidad, con la pérdida funcional, o de condiciones geriátricas prevalentes que a su vez cuentan con intervenciones sólidamente efectivas. Para su diseño ha contado con una serie de fases:

- Contenido preliminar de la herramienta en base a la revisión bibliográfica realizada inicialmente, y a la experiencia y trabajos previos del equipo investigador.
- Revisión crítica por expertos en VGI, y reuniones de consenso y discusión por parte del equipo.
- Participación de los pacientes, a través de un estudio mediante encuesta, considerando la importancia percibida para su salud de los ítems de una VGI estándar.
- Informatización de la herramienta.
- Análisis de concordancia en diagnósticos e intervenciones obtenidos por profesionales (médicos y enfermeras) de AP empleando la herramienta VALINTAN, y los obtenidos en los mismos pacientes a través de una VGI estándar por geriatras.

Queda pendiente un estudio de satisfacción, en pacientes y profesionales, y de factibilidad; que probablemente se integre en el estudio FRAGAPES-semFYC que se está diseñando para analizar la eficacia de la estrategia del Sistema Nacional de Salud en el manejo de fragilidad, y que probablemente también integre esta herramienta.

Consideramos que constituye un aporte importante, ante la disociación del binomio recomendación-utilización/implantación de la VGI en AP. La VGI, orientada a la funcionalidad, se recomienda para evaluar y manejar muchas situaciones en las personas mayores, con mucha intensidad en la fragilidad^{1,2}. Sin embargo, su aplicación en este primer nivel asistencial es aún escasa, debido a