

LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 Y LA TERCERA REVOLUCIÓN SANITARIA DE SIR MUIR GRAY

Cristina Villalba-Benavent, David Cardoso-Cabello, Sara Cabrera-Fernández y María Dolores Martín-Martínez
Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud “Las Palmeritas”. Sevilla.

Eloísa Fernández-Santiago
Médico de Familia. Centro de Salud “Las Palmeritas”. Tutora de Residentes de MFC. Sevilla.

Manuel Ortega-Calvo
Médico de Familia. Centro de Salud “Las Palmeritas”. Sevilla.
Investigador Senior de la red CIBER Fisiopatología de Obesidad y Nutrición (CIBEROBN). Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).
Profesor Asociado del Departamento de Medicina. Universidad de Sevilla. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Los médicos de familia (MF) que llevan más de 25 años de experiencia profesional ven la entrevista telefónica como una herramienta complementaria a su quehacer clínico diario. Están acostumbrados a “*ver entrar*” al paciente en la consulta (lenguaje no verbal)^(1,2,3) y desde ese momento comenzar a elaborar de manera no consciente, hipótesis diagnósticas y terapéuticas (encuadre tipo I)^(4,5).

Sin embargo, personalidades de la atención primaria europea, como por ejemplo, Sir Muir Gray, han anunciado en varias publicaciones y conferencias que se acercaba la revolución tecnológica del teléfono móvil a nuestras vidas profesionales^(6,7). Él mismo la ha denominado la “tercera revolución sanitaria”⁽⁸⁾ (figura 1). En ella el teléfono móvil comparte protagonismo con la presencia de los pacientes y de los ciudadanos en la gestión de su propia salud y en la del conocimiento científico y profesional.

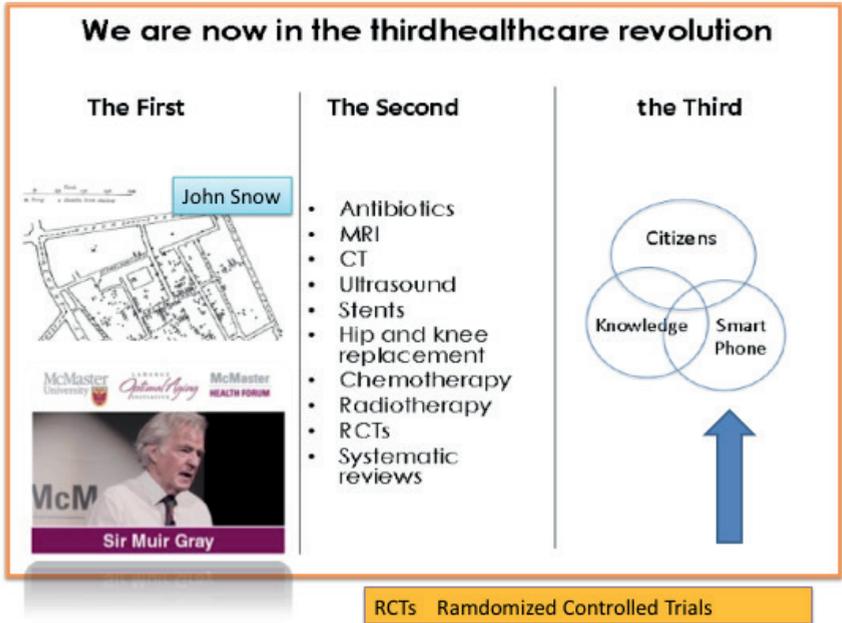
Nuestro objetivo en este artículo fue dejar constancia de una experiencia clínica no solo para rendir memoria de cómo estamos trabajando los médicos de familia durante la pandemia de SARS-CoV-2 sino también de cómo han cambiado nuestros escenarios profesionales gracias a ella⁽⁹⁾.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Paciente varón de 51 años, que pide una consulta telefónica en su centro de salud. Es llamado por el médico de familia para ver qué le pasa. Todo esto ocurre en la segunda semana de pandemia por SARS-CoV-2 (marzo 2020). No tiene ningún problema en la carpeta de diagnósticos de su historia digital, en los últimos cinco años ha asistido a la consulta de atención primaria una sola vez. Refiere no encontrarse excesivamente mal, pero tiene fiebre de hasta 38-38,5 °C desde hace unos 10 días. Ha consultado con dos médicos quienes le han recomendado que permanezca aislado en casa con Paracetamol® 1gr cada 8 o 12 h. No tiene disnea de reposo, pero al caminar de una habitación a otra de su casa refiere que le cuesta un poco y se asfixia levemente. Nota alguna alteración en el sabor de los alimentos. Su MF le pide que cuente rápido del 1 al 10, y lo hace con velocidad y mucha desvoltura.

Refiere también tos seca. No ha tenido contacto con casos diagnosticados de COVID-19. Duerme aceptablemente bien. No tiene antecedentes de asma u otra enfermedad neumológica. Su MF le pide que se tome la frecuencia cardíaca y que se mida el número de respiraciones por minuto y que le volverán a llamar en poco tiempo.

Figura 1
Las tres revoluciones sanitarias de Muir Gray.



MRI: Resonancia magnética nuclear. CT: Tomografía computerizada. RCT: Ensayos clínicos controlados^(6,8).

Al ser llamado de nuevo, el paciente refiere que se ha tomado el pulso radial con una frecuencia de 70 ppm y se ha contado 19 respiraciones por minuto en reposo. Con los antecedentes antes descritos y con esa diferencia de 4-5 respiraciones por minuto superiores a lo normal, su MF le aconseja formalmente que se dirija a urgencias de su hospital de referencia para evaluación clínica y serológica.

El paciente quedó ingresado con infección por SARS-CoV-2 y neumonía bilateral (figura 2). La saturación al ingreso era del 97%.

El hemograma era normal sin linfopenia. Los D-dímeros estaban en 300 ngrs/ml y la Proteína C Reactiva de 40 mgrs/l y una ferritina de 500mgrs/ml. Se detectó una PCR positiva para Coronavirus (COVID-19). A los quince días la PCR se negativizó. Estaba totalmente afebril al alta hospitalaria con una saturación del 97% y con control telefónico posterior desde atención primaria. Ha seguido tratamiento con hidroxiquina 200 mgrs cada 12 h durante una semana. A los veinte días del alta se encuentra bien con una ligera “pesadez en las piernas” sin trascendencia clínica.

Figura 2
Radiografía PA de Tórax obtenida del paciente en el ingreso hospitalario.
Infiltrado intersticial bilateral por SARS-CoV-2.



Se ven opacidades “parcheadas” y en “vidrio deslustrado” en parénquima periférico de hemitórax derecho. Prominencia intersticial axial muy discreta.

DISCUSIÓN

Este es un artículo que refiere la microgestión de la Pandemia en atención primaria en contraposición de la macrogestión que se pueda realizar a nivel científico^(10,11) o administrativo⁽¹²⁾. Dentro del espectro sociológico de los cupos, este caso pertenece a la población poco demandante que es susceptible de intervenir en ese momento de la pandemia.

El paciente fue enviado a un servicio de urgencias hospitalarios por los antecedentes clínicos de fiebre y por una diferencia objetiva de 4 respiraciones por minuto en reposo, averiguada por teléfono y por la fiebre. Un dato de evidencia en mitad de la incertidumbre^(13,14,15). Estos hechos tuvieron lugar cuando aún no estaban implementados los algoritmos de decisión clínica para COVID-19 en el programa Diraya de historia clínica en atención primaria⁽¹⁶⁾.

Los MF ya no podemos ver, percibir ni oler a todos nuestros pacientes como hacían incluso los médicos hipocráticos⁽¹⁷⁾ (“*Es una tarea el examinar un cuerpo. Requiere vista, oído, olfato, tacto, lengua, razonamiento*”). Epidemias VI ,8^(18,19)). Nos queda la señal telefónica, la historia clínica digital y el “*logismós*”(razonamiento)^(20,21). Este escenario exige un trabajo intelectual distinto y más intenso. Aunque creemos que no llega a merecer la categoría de una disociación cognitiva⁽²²⁾. El encuadre diagnóstico y terapéutico sólo por la señal telefónica es más difícil.

Dado el flujo de información científica que se ha producido durante la atención de la pandemia de SARS-CoV-2 que matizaba de una forma u otra las decisiones^(23,24), queda claro que una buena historia clínica aunque sea realizada por teléfono y el análisis somero de los síntomas y signos sigue siendo eficiente para el MF en atención primaria a la hora de un diagnóstico certero.

Hace años que Muir Gray⁽²⁵⁾ ha definido tres revoluciones sanitarias en los últimos dos siglos. La primera la sitúa con John Snow y su magnífico trabajo científico en la epidemia de cólera londinense de mitad del XIX⁽²⁶⁾. La segunda con el desarrollo durante el siglo XX de la tomografía axial computerizada, la resonancia magnética nuclear, la quimioterapia personalizada y la teoría del ensayo clínico entre otros. Y la tercera en este siglo XXI con el protagonismo del paciente en la acción sanitaria y el advenimiento del teléfono móvil (figura 1).

Si en condiciones de no pandemia en una consulta de atención primaria se pueden gestionar hasta un 27,1% de llamadas o de comunicaciones por WhatsApp^{®(27)} en la situación de Pandemia por SARS-CoV-2 este porcentaje estaría muy cercano al 99%. En ocasiones hay que llamar a los pacientes dos o tres veces para poder contactar y generalmente sin apoyo administrativo. Creemos que la Pandemia nos ha metido inesperadamente en la Tercera Revolución de Muir Gray^(6,8,28) y quizás también en la telemedicina^(29,30). Las aplicaciones del teléfono móvil son cada vez más útiles a la hora de enviar información a los pacientes⁽³¹⁾ y rastrear contactos de casos índice⁽³²⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D: *The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes*. J Gen Intern Med. 2006;21 Suppl 1(Suppl 1):S28–S34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484830/>
2. Rodríguez-Sanz J, Kurtz-Luna C, Alvarez Ude-Cotera F: *Aspectos clave de la comunicación no verbal en la consulta*. FMC. 2011 ; 18 :401-9.
3. Ruiz-Moral R, Pérula de Torres L, Monge D, García Leonardo C, Caballero F: *Teaching medical students to express empathy by exploring patient emotions and experiences in standardized medical encounters*. Patient Educ Couns. 2017 ; 100 : 1694–1700.
4. Clark JA, Mishler EG: *Attending to patients' stories: reframing the clinical task*. *Sociology of Health & Illness*. 1992; 14: 344-372. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1467-9566.ep11357498>
5. Cid-Sueiro M, Carvajal-de la Torre A, Freiria-Tato MJ: *Entrevista clínica. Modelos teóricos y un poco de práctica*. Cad. Aten Primaria. 2008; 15 : 167-171. Disponible en: http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL15/PDF%20WEB%20VOL15%20N2/07_Habi_Terap_B.pdf
6. Gray M: *Designing healthcare for a different future*. J R Soc Med. 2016;109:453–458. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0141076816679781?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
7. Kostkova P: *Grand challenges in digital health*. Front Public Health. 2015;3:134. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2015.00134/full>
8. Gray M: *Making the future of healthcare*. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 2008; 102: 231–233. doi: 10.1016/j.zefq.2008.04.003
9. Pino Campos LM, Hernández González JP: *En torno al significado original del vocablo griego "epidemia" y su identificación con el latino "pestis"*. Dynamis. 2008; 28:199-215. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-95362008000100009&script=sci_arttext&tlng=pt
10. Luque B, Ballesteros F, Miramontes O: *Un modelo matemático propuesto hace un siglo y sus versiones modernas están ayudando a frenar la propagación de la COVID-19*. Investigación y Ciencia (ed. española). Mayo. 2020 ; 524 : 54-60. Disponible en: <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/investigacion-y-ciencia/una-crisis-csmica-798/cmo-modelizar-una-pandemia-18561>

11. Palacios-Cruz M, Santos E, Velázquez-Cervantes MA, León-Juárez M: *COVID-19, una emergencia de salud pública mundial*. RevClin Esp. 2020;S0014-2565(20)30092-8. doi: 10.1016/j.rce.2020.03.001
12. Llor C, Moragas A. *Coronavirus y atención primaria*. Aten Primaria. 2020. 52: 294-296. doi: 10.1016/j.aprim.2020.03.002
13. Ortega-Calvo M, Cayuela-Domínguez A: *Medicina basada en la evidencia: una crítica filosófica sobre su aplicación en atención primaria*. Rev Esp Salud Publica.2002 ; 76:115-120. Disponible en: https://www.mschs.gov.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol76/vol76_2/RS762C_115.pdf
14. Zilberberg M: *Between the lines. Finding Truth in Medical Literature*. EviMedResearchPress. MAS. (USA). 2012.
15. Martí-Carvajal A: *El dilema del valor p en la era de la Medicina Basada en la Evidencia*. GacMéd Caracas 2019 ; 127 :240-242.
16. McCall B: *COVID-19 and artificial intelligence: protecting health-care workers and curbing the spread*. LancetDigitHeal. 2020;2(4):e166-7. doi: 10.1016/S25897500(20)30054-6
17. Alsina Clota J: *Los orígenes helénicos de la medicina occidental*. Ed Guadarrama. Barcelona. 1982.
18. Littré E: *Ouvres Completes d'Hippocrate*. Paris. 1839-1861.
19. García-Gual C: *La Medicina Hipocrática*. En: Figuras Helénicas y Géneros Literarios.Mondadori. S.A. 1991. pp: 68-103.
20. Lain-Entralgo P: *La Medicina Hipocrática*. Ediciones Revista de Occidente. Madrid. 1970. p 97. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/la-medicina-hipocratica/>
21. Ortega-Calvo M, Santos-Lozano JM: *La Filosofía Griega como motivación para explicar el concepto de "Entrevista Clínica" a alumnos pregraduados*. MedfamAndal. 2019; 1: 79-82. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2019/08/v20n1_AE_LaFilosofiaGriega.pdf
22. Borrell-Carrió F: *Entrevista clínica viva*. Aten Prim.2004; 34. 3-5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-linkresolver-entrevista-clinica-viva-13062836>
23. Vaduganathan M, Vardeny O, Michel T, McMurray JJV, Pfeffer MA, Solomon SD: *Renin-Angiotensin-Aldosterone System Inhibitors in Patients with COVID-19*. N Engl J Med. 2020; 382 : 1653-1659. doi: 10.1056/NEJMsr2005760
24. Soriano JB: *Medicina, Epidemiología y Humanismo antes y después de la COVID-19*. Rev Clin Esp. 2020;En prensa. doi: 10.1016/j.rce.2020.05.001
25. Muir Gray JA: *How to Build Healthcare Systems*. Offox Press. Oxford. 2011.
26. Grima P: *Los secretos de la estadística. La certeza absoluta y otras ficciones*. National Geographic. España. Edición Especial.2017. pp 18-21.
27. Moreno Obregón F, León Jiménez D, Pedregal González M: *La entrevista clínica y el teléfono móvil*. MedClin (Barc). 2019;152:e7-e8. doi: 10.1016/j.medcli.2018.04.023
28. Blanco-Rubio C, de Francisco-Montero C, González-Hernández FJ et al: *Breve visión de los principales protagonistas de la Escuela Inglesa de Atención Primaria durante el último medio siglo*. RevEsp Salud Publica. 2016;90:e1-e8. Disponible en: https://www.mschs.gov.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL90/C_ESPECIALES/RS90C_CBR.pdf
29. Keshvaridoost S, Bahaadinbeigy K, Fatehi F: *Role of Telehealth in the Management of COVID-19:*

Lessons Learned from Previous SARS, MERS, and Ebola Outbreaks. Telemed J E Health. 2020;10.1089/tmj.2020.0105. doi: 10.1089/tmj.2020.0105

30. Vidal-Alaball J, Acosta-Roja R, Pastor Hernández N *et al*: *Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic.* Aten Primaria. 2020;S0212-6567(20)30126-8. doi: 10.1016/j.aprim.2020.04.003

31. Drew DA, Nguyen LH, Steves CJ *et al*: *Rapid implementation of mobile technology for real-time epidemiology of COVID-19.* Science. 2020;368(6497):1362-1367. Disponible en: <https://science.sciencemag.org/content/sci/early/2020/05/05/science.abc0473.full.pdf>

32. Keeling MJ, Hollingsworth TD, Read JM: *Efficacy of contact tracing for the containment of the 2019 novel coronavirus (COVID-19).* J Epidemiol Community Health. 2020;jech-2020-214051. doi: 10.1136/jech-2020-214051