



# Carta a la Dirección

## Pandemia, gestión de los contactos y sobrecarga de la Atención Primaria

M.<sup>a</sup> Carmen Góez Sanz<sup>a</sup>, Pedro J. Gorrotxategi Gorrotxategi<sup>b</sup>, Javier E. Blanco González<sup>c</sup>

Publicado en Internet:  
16-noviembre-2020

Pedro J. Gorrotxategi Gorrotxategi:  
[pedro.gorrotxa@gmail.com](mailto:pedro.gorrotxa@gmail.com)

<sup>a</sup>MIR-Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España • <sup>b</sup>Pediatra. CS Pasaia San Pedro. Pasajes. Guipúzcoa. España • <sup>c</sup>Pediatra. CS de Azuqueca de Henares. Guadalajara. España.

La pandemia y su gestión se han convertido en un elemento de confrontación política, pero hay que reconocer que, aunque no es nuestra intención buscar culpables, no se ha actuado correctamente. Tras el primer brote, se planteó la necesidad de reforzamiento de la Atención Primaria (AP) y de fortalecimiento de la Salud Pública (SP) con la contratación de rastreadores para hacer frente a un segundo brote, pero ninguna de esas actividades se ha realizado.

Para una gestión adecuada, tras un diagnóstico e indicar el aislamiento del afectado, el equipo de rastreadores debería ponerse en contacto con los pacientes para identificar los contactos, en un periodo breve de tiempo, indicar la realización de una prueba diagnóstica microbiológica de infección activa (PDIA), reacción en cadena de la polimerasa (PCR) habitualmente, aislarlos, y en caso de que alguna fuera positiva, seguir con el estudio de contactos. Por tanto, la coordinación entre AP y SP era (y es) obligada, debiendo quedar claro para ambas organizaciones qué función le corresponde en la

asistencia o en la búsqueda de contactos. La propuesta más factible y que además los hechos han refrendado es que AP intervenga en los enfermos y convivientes y SP en el resto de los contactos, coordinando las intervenciones, la recogida de información y el análisis<sup>1</sup>.

Entendemos que lo principal es la agilidad en la intervención. Es de vital importancia el diagnóstico temprano de los casos sintomáticos e infecciones activas. Por ello debe garantizarse el resultado de las PDIA en 24-48 horas para poder realizar un rastreo de contactos eficaz e indicarles las medidas de aislamiento o cuarentena, según se señalaba en el protocolo del Ministerio de Sanidad del 25/09/2020<sup>2</sup>, vigente el tiempo en el que se realizó este estudio.

La impresión que tenemos desde la Pediatría de AP es que la gestión de los casos e identificación de los contactos estrechos fue tardía y que no se cumplieron las recomendaciones del Ministerio de Sanidad. Creemos que este ha podido ser uno de los factores de la expansión de la epidemia.

**Cómo citar este artículo:** Góez Sanz MC, Gorrotxategi Gorrotxategi PJ, Blanco González JE. Pandemia, gestión de los contactos y sobrecarga de la Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2020;22:437-9.

Para analizar las repercusiones en el trabajo de los pediatras de AP y conocer mejor la gestión de los casos, el Grupo Laboral-Profesional de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), apoyado por sus vocales autonómicos, ha realizado una encuesta con la finalidad de conocer cómo se realizaba la gestión de los casos en la primera quincena de septiembre. En ese periodo (1-15 de septiembre de 2020) el número de casos diarios diagnosticados en España era de una media de 8620 casos<sup>3</sup>, por lo que la segunda ola estaba ya consolidada.

Hemos recabado datos sobre el tiempo que se tarda en la comunicación del resultado de las pruebas, quién ha realizado la gestión de los contactos y el tiempo que se tarda en la realización de las pruebas a los contactos.

Hay un 37,8% de la población en la que el tiempo en que se tarda en la comunicación del resultado es de más de 3 días, y solo el 6% recibe el resultado en las primeras 24 horas.

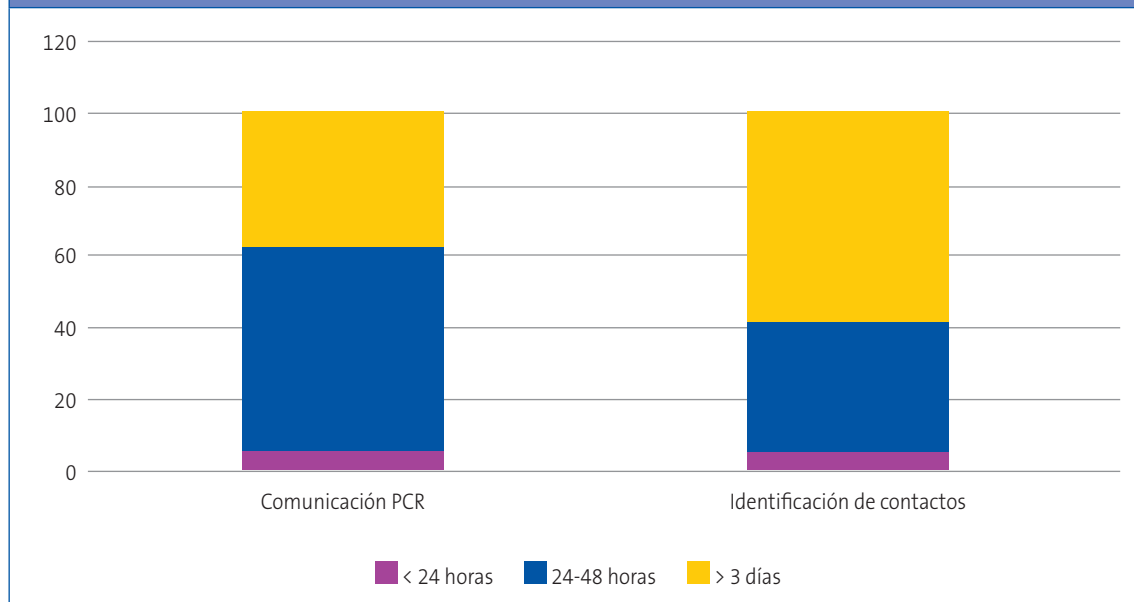
La identificación de contactos estrechos tarda más de 3 días en el 58% de la población y solo a un 5,5% se le comunica en las primeras 24 horas (Fig. 1).

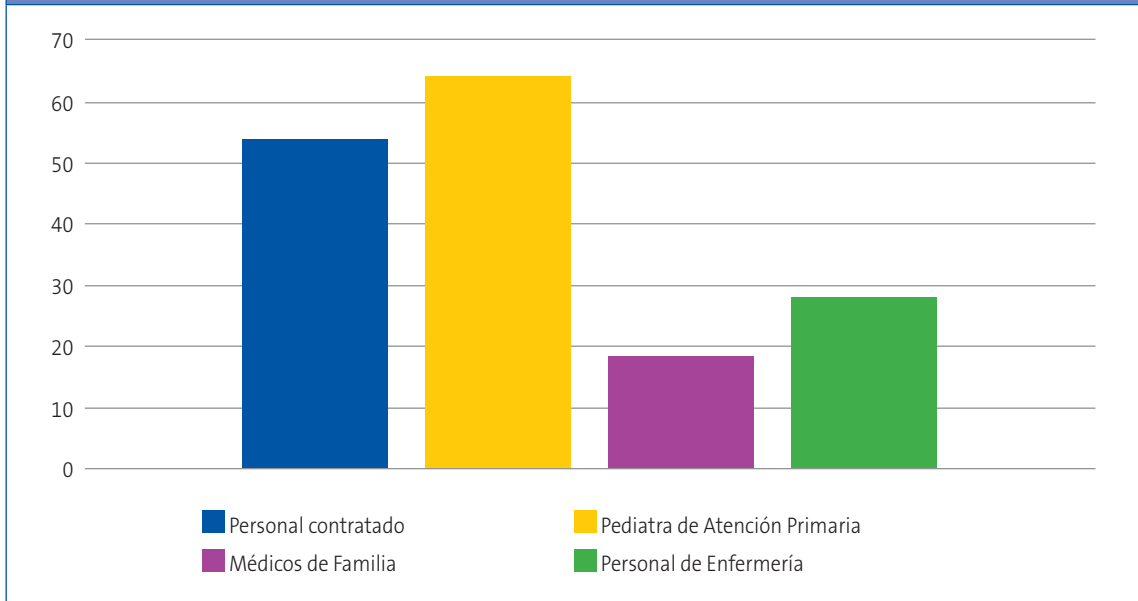
Sobre quiénes son los profesionales que han realizado el rastreo de la población infantil, los datos que poseemos son los siguientes: el 54% de las consultas han contado con apoyo externo, lo que quiere decir que el 46% de los profesionales no han tenido ninguna ayuda exterior y ha sido el propio personal de AP el que ha tenido que hacer la gestión de contactos. Un 64,7% los pediatras han tenido que realizar labores de rastreo, un 28,2% del personal de enfermería y en un 18,7% de los casos pediátricos han colaborado los médicos de familia (Fig. 2). Ello ha causado una gran repercusión en la asistencia habitual en AP, menoscabada por las labores de rastreo.

En cuanto a la posibilidad de realización de estudios serológicos, estos están disponibles en prácticamente la totalidad de las comunidades autónomas, pero no son test rápidos, sino del tipo Elisa. Y en esa primera quincena de septiembre, los test rápidos de antígenos de SARS-CoV-2 no estaban disponibles.

Este análisis de la situación en Pediatría de AP en relación con la gestión de casos de la pandemia COVID-19 nos indica que, en un porcentaje no desdénable (37%), hay un retraso en la comunicación

Figura 1. Gestión de contactos. Tiempos que se tarda en la comunicación de resultado de la PCR a los pacientes y en la identificación de contactos



**Figura 2. Personal que realiza las labores de rastreo en las consultas de Pediatría de Atención Primaria**

a los pacientes contagiados por el SARS-CoV-2 y en un 58% hay un retraso en la identificación de los contactos.

Hay una sobrecarga de la Pediatría de AP por la necesidad de realizar la gestión de los contactos, y no se han cumplido ni las recomendaciones de los expertos, ni las del Ministerio de Sanidad. Estos aspectos pueden explicar en parte que la epidemia se haya expandido más de lo que podría haberse logrado con una organización que hubiera reforzado la AP y la SP.

Con estos resultados podemos pensar que España ha optado por el “no vamos a hacer nada, que igual sale bien”, pero como era de esperar, ha salido mal.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

## ABREVIATURAS

**AP:** Atención Primaria • **AEPap:** Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria • **PCR:** reacción en cadena de la polimerasa • **PDIA:** prueba diagnóstica microbiológica de infección activa • **SP:** Salud Pública.

## AGRADECIMIENTOS

Al Grupo de Trabajo Laboral-Profesional de la AEPap y de los vocales autonómicos de la AEPap.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bellmunt JM, Caylà JA, Millet JP. Estudio de contactos en infectados por SARS-CoV-2. El papel fundamental de la Atención Primaria y de la Salud Pública. *SEMERGEN*. 2020;46:62-71.
2. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19. En: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [en línea] [consultado el 13/11/2020]. Disponible en [www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19\\_Estrategia\\_vigilancia\\_y\\_control\\_e\\_indicadores.pdf](http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf)

3. Actualización n.º 208. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). En: Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias [en línea] [consultado el 13/11/2020]. Disponible en [www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion\\_208\\_COVID-19.pdf](http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_208_COVID-19.pdf)