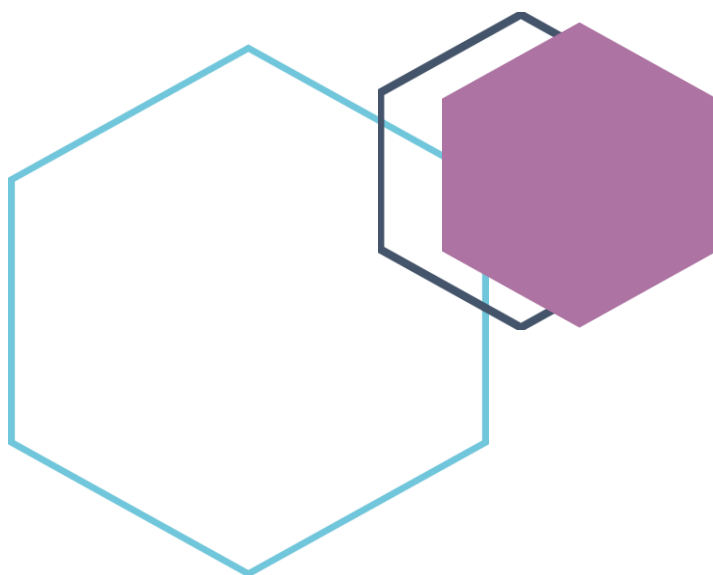




PROCEDIMIENTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN FASE DE TRANSICIÓN COVID19

SocalemFYC





CONTENIDO:

1. COVID – 19 SOCIOSANITARIO	3
2. COVID - 19 ENTORNO URBANO	29
3. COVID – 19 ENTORNO RURAL	38



La Sociedad Castellano Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria, se siente muy comprometida desde nuestros inicios con el desarrollo que se hace de la Atención Primaria en nuestra comunidad y como somos conscientes de la enorme repercusión que tiene este aspecto en la salud de la población general. Creemos necesario aportar nuestra particular visión respecto a los cambios que se han de generar en el actual modelo superado por la falta de actualizaciones y los grandes cambios acaecidos en los últimos 40 años.

Esperamos que en consonancia con los modelos propuestos a nivel nacional se consiga en estos momentos alcanzar la determinación de afrontar con valentía la transformación necesaria para asegurar un modelo sostenible a la vez que flexible que permita estar a la altura de los retos presentes y futuros en la sanidad que como se ha demostrado es el pilar fundamental de la sociedad que hay que incentivar, siempre en crecimiento...

*Eduardo Lamarca Pinto
Presidente sociedad Castellano Leonesa
Medicina de Familia y Comunitaria*

1. COVID – 19 SOCIO SANITARIO

ÍNDICE

Contenido

Demografía Castilla y León:	4
Centros Sociosanitarios en Castilla y León y fallecimientos por COVID-19:.....	4
Definición de población geriátrica:.....	5
Contexto durante la crisis COVID-19 en las instituciones. Planes de contingencia de los centros sociosanitarios:.....	6
Infraestructuras:	6
Características de los residentes:.....	7
Recursos humanos:.....	10
Recursos materiales y medidas de higiene y desinfección:	12
Medidas de gestión de residuos:	14
Medidas sobre el manejo de cadáveres:.....	15
Test de SARS-CoV-2:.....	15
Reflexiones sobre esta situación:	16
Apoyo y aspectos relevantes a tener en cuenta con los institucionalizados:	16
Propuestas desde Atención Primaria:.....	17
Desconfinamiento en las Residencias sociosanitarias:	19
Particularidades de desconfinamiento en Centro de Diversidad Funcional; Centros de Día; Centros de Alzheimer, demencias y trastornos mentales:	20
Visitas familiares:.....	20
La importancia del autocuidado:	20
Referencias:.....	27

Demografía Castilla y León:

Demográficamente Castilla y León cuenta con una población dispersa y envejecida¹. A 1 de enero de 2019, según el Padrón había 2.399.548 habitantes. La esperanza de vida al nacer (EVn) es el número medio de años que esperaría seguir viviendo una persona de una determinada edad en caso de mantenerse el patrón de mortalidad de edad observado en una región. Es el indicador más utilizado para realizar comparaciones sobre la incidencia de la mortalidad y nivel de desarrollo de una población. Nuestra comunidad autónoma, tras Madrid, es la segunda región española con mayor EVn, 84,2 años en 2018, siendo la EVn nacional de 83,2 en varones y 85,9 en mujeres². La tasa de dependencia, refleja la población inactiva (menores de 16 años y mayores de 65 años) respecto a la activa (población entre 16 y 65 años). Castilla y León, por su envejecimiento poblacional, cuenta con una de las mayores tasas de dependencia estatales, siendo del 61,37% en 2019².

Centros Sociosanitarios en Castilla y León y fallecimientos por COVID-19:

Dentro de la extensa geografía castellano y leonesa, existen 33 centros de atención a personas mayores dependientes de la Gerencia de Servicios Sociales y 8 centros de atención a personas con discapacidad (**tabla 1**)³.

A nivel de España se recogen 1214 centros (residencias, centros de discapacitados, viviendas tuteladas...) para las estadísticas COVID-19. A fecha 24 de abril de 2020 suman en Castilla y León 1538 fallecidos en los propios centros (542 confirmados por PCR y 996 con síntomas compatibles) 2186 si se contabilizan los residentes que fallecieron tras ingreso hospitalario (588 confirmados por PCR y 60 por clínica compatible)⁴ (**figuras 1 y 2**).

Definición de población geriátrica:

En las últimas décadas se ha abandonado la definición de población anciana sólo por criterios cronológicos. Antiguamente se establecía partir de 65 años, pero con el aumento de la esperanza de vida algunos expertos (Sanjoaquín, Abizanda...) emplean otros aspectos, no solo la edad para describir al anciano, como pueden ser: poseer pluripatología relevante, enfermedad principal invalidante, patología mental acompañante o problemas sociales... que hacen a este grupo poblacional más vulnerable a factores estresores y que requieran una mayor asistencia sanitaria y se beneficien de modelos organizativos geriátricos⁵. Debemos intentar mantener una visión holística del paciente anciano englobando más niveles: clínico, funcional, nutricional, mental, social (**figura 3**). La valoración geriátrica integral (VGI) constituye el mejor instrumento para poder asumir actitudes en el anciano en el ámbito sanitario⁶⁻⁷.

Dentro de la clínica cabe destacar que el envejecimiento hace que los pacientes geriátricos sean cada vez más complejos. Los términos cronicidad, pluripatología, comorbilidad y multimorbilidad están interrelacionados entre sí, aunque no pueden considerarse sinónimos. Se denomina comorbilidad a la coexistencia de dos enfermedades, actuando una como enfermedad índice⁸. Sin embargo, en la práctica lo que se prevé medir es la multimorbilidad, es decir el acúmulo de dos o más patologías sin prevalecer una sobre la otra⁹, pero el Índice de Charlson¹⁰ que es el test más empleado, mide en realidad comorbilidad (**figura 4**). Pondera entidades clínicas (0-1: ausencia de comorbilidad; 2: baja comorbilidad; ≥ 3 : alta comorbilidad) y pronostica también tasas de supervivencia (0 puntos: 12% de mortalidad al año; 1-2 puntos: 26% de mortalidad/anual; 3-4 puntos: 52% mortalidad al año y ≥ 5 : 85 % de mortalidad al año).

También existen multitud de escalas para evaluar de forma funcional al paciente anciano. Determinan la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, que se dividen en básicas, instrumentales y avanzadas. A nivel funcional el índice más empleado en España es el Índice de Barthel¹¹ que valora las actividades básicas de la vida diaria. Puntúa entre 0 (dependencia total) y 100 (totalmente independiente), las respuestas se categorizan entre 2 y 4 y las puntuaciones de 0 a 5 puntos según necesidad de ayuda (**figura 5**).

Se denomina anciano de riesgo o frágil a aquel cuyas reservas funcionales están disminuidas y presenta mayor incidencia de efectos adversos y mortalidad¹². Rockwood y

colaboradores¹³⁻¹⁴ crearon una escala jerárquica basándose en 70 ítems reagrupados en 7 niveles, englobaban enfermedades, condiciones de salud, síndromes geriátricos y medidas de discapacidad (**figura 6**).

Este tipo de escalas se deben emplear para facilitar la toma de decisiones ante determinadas circunstancias en las que se nos planteen dilemas como la adecuación del esfuerzo terapéutico y no solo las referidas a cuestiones de edad. Siendo útiles para valorar medidas intensivas e internamiento hospitalario ante los efectos provocados por SARS-CoV-2.

Contexto durante la crisis COVID-19 en las instituciones. Planes de contingencia de los centros sociosanitarios:

Por alojar a los individuos más vulnerables y por la acumulación de personas los Centros de Personas Mayores, Centros de Personas con Diversidad Funcional (CAMP), Centros Ocupacionales... constituyen zonas de alta transmisibilidad del nuevo SARS-CoV-2. Este coronavirus se transmite por contacto directo desde aerosoles u objetos/superficies con la mucosa de las vías respiratorias y ocular¹⁵.

Existen una serie de orientaciones y medidas para disminuir el riesgo de contagio en este contexto y garantizar el bienestar de los residentes¹⁵⁻¹⁷.

Infraestructuras:

- a. Siempre que sea posible por las estructuras del centro, es más adecuado el aislamiento vertical (por plantas), agrupando a los residentes según estén sanos, sospechosos y confirmados.
- b. Creación de tres circuitos: contaminado, limpio y potencialmente contaminado. Los residentes sanos permanecerán en la zona "limpia" y no pueden mezclarse con los que tengan síntomas. Los sospechosos no deben contactar ni con los sanos, ni con los confirmados; en este caso con el material que se emplee se tomarán las mismas medidas que si se confirmase la infección. Con los casos confirmados deben ser aislados y esa zona se considerará contaminada. El personal encargado del cuidado deberá iniciar las actividades (aseo, alimentación...) por los sanos.
- c. Espacios comunes:
 - i. Los casos confirmados deben permanecer aislados.

- ii. Deberán realizarse turnos de modo que los casos sospechosos no estén en la misma estancia que los casos sanos al mismo tiempo.
- iii. Siempre reforzar las medidas de seguridad: distancia $\geq 1,5-2$ metros entre residentes, asegurar un correcto lavado de manos, retirar todos los elementos que no sean útiles (ornamenta, manteles de mesas...), usar cubertería desechable, reforzar la limpieza sobre las superficies y realizarla con mayor frecuencia.
- iv. Extremar las precauciones y desinfección en el uso del ascensor (espacio reducido fácil transmisión) y si existen varios establecer usos prioritarios. El personal y residentes válidos deben evitar su uso.

Plan de contingencia: Infraestructura del edificio ¹⁵
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Titulares y emplazamiento de la actividad. • Tipo de centro. • Tipo de atención y tipo de residentes. • Características estructurales e infraestructuras (Orden SND/265/2020) según tipo de institucionalizado¹⁸. |
|---|

Características de los residentes:

- a. Clasificación:
 - i. Residentes sin síntomas y sin contacto estrecho con caso posible/confirmado de COVID-19.
 - ii. Sin síntomas, en aislamiento preventivo por contacto estrecho con caso posible/confirmado de COVID-19.
 - iii. Con síntomas compatibles con COVID-19 (caso posible).
 - iv. Caso confirmado de COVID-19.
- b. Los residentes que son casos posibles o confirmados deben permanecer aislados, principalmente en una habitación individual con correcta ventilación y baño individual. De no ser posible el aislamiento, se deberá realizar un confinamiento por cohorte (ubicar a institucionalizados con síntomas en la misma estancia, con unas medidas de seguridad). En caso de un solo baño, tras el uso del inodoro desinfectar con lejía y los útiles de aseo (toalla individual, cepillo de dientes...) guardarlos en la habitación del usuario, no quedando expuestos como fómites en

el aseo. Hemos observado la gran repercusión en el estado de ánimo de los residentes ante el aislamiento; en la medida de lo posible al realizar el confinamiento por cohorte, favorecer una distribución que les permita interactuar entre ellos, atendiendo a sus capacidades cognitivas, con el fin de mitigar esta situación (aislamiento de residentes válidos y con cognición conservada en mismas habitaciones, etc).

- c. Evitar que el residente esté en zonas comunes y de ser necesario por alguna circunstancia deberá extremar la higiene de manos y portar mascarilla quirúrgica. El personal de la institución que deba realizar cuidados sobre estos pacientes deberá asimismo portar las medidas de seguridad (mascarilla y guantes).
- d. El paciente deberá permanecer aislado hasta que se obtenga un resultado negativo en las muestras respiratorias o en su defecto 14 días desde el inicio de los síntomas y siempre al menos que hayan transcurrido 3 días tras la resolución del cuadro. Si el institucionalizado requirió ingreso hospitalario el aislamiento debería durar mínimo 14 días desde el alta, o como en el caso anterior 3 días desde la resolución.
- e. Toda persona (residente o personal de la residencia) que haya estado en contacto de riesgo (procedimientos que generan aerosoles o maniobras de reanimación sin equipo de protección adecuado) o que haya sido contacto estrecho (aquella que haya proporcionado cuidados mientras tenía síntomas sin medidas de protección) con un caso probable o confirmado deberá permanecer en cuarentena o aislada durante 14 días (habitación individual con buena ventilación y baño propio o adquiriendo las medidas antes descritas) controlando la aparición de síntomas y la temperatura. En el caso de residentes pasaría a tratarse como caso sospechoso, restringiendo las salidas a zonas comunes y en caso de realizarse portando las medidas de seguridad (mascarilla quirúrgica y distanciamiento social).
- f. Como medida adicional el personal del centro además de controlar la aparición de síntomas, en caso de tener casos confirmados o sospechosos de COVID-19, debería medir la temperatura corporal de los residentes asintomáticos 2 veces al día.
- g. El personal de las instituciones tratará de mantener horarios y rutinas diarias tan importantes en esta franja de edad. Además, deberá estar pendiente del bienestar y salud mental, especialmente en los residentes aislados pudiendo facilitar el contacto online entre residentes y con sus familiares y amigos aprovechando las nuevas tecnologías.
- h. Los residentes con problemas neurocognitivos deberán recibir una atención

especial, teniendo en cuenta si están aislados, acondicionar una zona en la que puedan deambular con precaución y vigilancia por parte del personal que trabaje en la residencia. Intentar en lo posible evitar sujeción mecánica y medidas de contención farmacológica.

Plan de contingencia: Características de los residentes¹⁵

- Género, edad, factores de riesgo y enfermedad de base (diabetes, enfermedad cardiovascular, HTA, enfermedad pulmonar crónica, otras...).
- Sistema de notificación y seguimiento de casos y contactos COVID-19 (sospechas y confirmaciones), en residentes y trabajadores, con registro de signos y síntomas clínicos y tipos de prueba diagnóstica realizada/no realizada y resultados de la misma.
- Gestión y Registro de contactos de casos sospechosos, probables y confirmados, residentes y trabajadores.
- Gestión y Registro de personas aisladas por ser caso, residentes y trabajadores.
- Gestión y Registro de personas aisladas por ser contacto, residentes y trabajadores.
- Gestión y Registro de personas trasladadas a domicilio/otro centro/hospital/tanatorio (fallecidos).

Recursos humanos:

- a. El personal debe abstenerse de trabajar ante la mínima de duda de haber contraído COVID-19, tanto los que tengan contacto directo con los residentes como los que no. Cuando esto ocurra y no puedan trabajar, no deberán ser sancionados (miedo a reducción de salario, pérdida de trabajo).²³

Desde SocalemFYC, consideramos que esto ha podido colaborar en la transmisión en la comunidad y en especial entre trabajadores de instituciones sociosanitarias.
- b. En todas las actividades que sea posible se deberá emplear personal diferenciado en zonas limpias, contaminadas o posibilidad de contaminación. Priorizar las medidas de protección en los que trabajan en zonas sucias o posiblemente contaminadas.
- c. La zona de vestuario del personal trabajador debería cumplir una serie de requisitos:
 - i. Estar cerca de la puerta de entrada/salida y de ser posible en una entrada paralela a la habitual.
 - ii. En los cambios de turno mantener las distancias. En la zona en la que se retiren los Equipos de Protección Individual (EPI) debe existir espacio suficiente, en caso de que no exista, decalaje en los horarios de 5-10 minutos para que no haya esta coincidencia de personal.
 - iii. Antes del acceso al vestuario debe haber una zona de higiene de manos.
 - iv. Disponer de 4 recipientes para desechar el material:
 - Desechable: guantes, batas, mascarillas.
 - Reutilizable: gafas, pantallas faciales, guantes de cocina, introducir en agua con lejía diluida y usar unas pinzas o colador para pasar al siguiente recipiente.
 - Enjuagar con agua limpia en el tercer recipiente.
 - Ropa de trabajo para lavar: siempre dentro de una bolsa de plástico.
- d. Circuito de cocina: el personal de cocina si sale de este recinto debería cambiarse el calzado, guantes y delantal de plástico. No deberían ser quienes distribuyan la comida, ni ayuden a los residentes a comer. Se plantean varias posibilidades/situaciones:
 - i. Casos posibles o confirmados: empleo de material desechable (cubertería de plástico) siempre que sea posible. Al terminar la alimentación en la

propia habitación introducir en doble bolsa de plástico y a la basura habitual.

ii. Institucionalizados sanos: los carros empleados para distribuir los alimentos entre los residentes no deberían entrar en la cocina, desde la puerta una persona recogerá los utensilios empleados en la alimentación y los introducirá en el lavavajillas. Si no existiese lavaplatos se deberán sumergir en agua con lejía.

e. Circuito de lavandería: el personal que se encargue de esta función deberá contar con un espacio en el que cambiarse de calzado, guantes y delantal. Dos zonas diferenciadas:

i. Material contaminado: toda la ropa sucia (sábanas y ropa de los residentes). Aquellos que sean casos o posibles casos se deberá extremar la precaución, no sacudir y transportarlas en bolsas de plástico cerradas hasta la lavadora. Lavarlo entre 60-90 grados. Tras esto desinfectar bien la zona.

ii. Material limpio: una vez lavada disponer de zona para planchar, doblar y distribuir.

iii. Asimismo, el personal que maneja la ropa sucia y el que la recoge debería ser diferente.

Incluir contingencia de recogida separada para centros que utilizan empresas de lavandería externas.

f. Evitar el uso de teléfono móvil y artículos personales al encontrarse en el trabajo. Si fuese necesario, desinfectar con soluciones hidroalcohólicas o jabón y agua tras cada uso y no utilizarlo con guantes contaminados.

Plan de contingencia: Recursos humanos¹⁵

- Características de las plantillas (categorías, número, calendarios, turnos, personal de baja, empresas externas, personal vulnerable...)
- Registro personal según los niveles de exposición: alto riesgo, bajo riesgo y baja probabilidad de exposición.
- Sistema de registro de entradas/salidas de visitantes y/o

empleados.

- Sistema de notificación y seguimiento de casos y contactos COVID-19 en trabajadores.
- Plan de continuidad de la actividad ante posibles bajas de personal.

Recursos materiales y medidas de higiene y desinfección:

- a. Según los requerimientos y las zonas en las que se encuentren los trabajadores se establecerá el empleo de EPI o no: escenario de riesgo, de bajo riesgo y baja probabilidad de exposición y también del material más adecuado según disponibilidad¹⁹.
- b. Ante cualquier escenario de exposición es indispensable reforzar las medidas de higiene: 1. Higiene de manos (la medida principal); 2. A nivel respiratorio (cubrirse la nariz y boca con pañuelo de un solo uso al toser o estornudar y desecharlo a cubo con pedal y tapa, de no disponer del mismo hacerlo sobre la cara interna del codo y evitar tocarse los ojos, nariz y/o boca); 3. Mantener el distanciamiento social (2 metros).
- c. El personal expuesto a menos de 2 metros y pudiendo estar en contacto con secreciones deberá tomar una serie de medidas:
 - i. Protección respiratoria: mascarilla autofiltrante tipo FFP2 o media máscara con filtro contra las partículas P2. FFP3 en los casos en los que se generen bioaerosoles o partículas P3.
 - ii. Guantes desechables y ropa de protección: en cuanto a la ropa existen diferentes niveles de hermeticidad en material y diseño. En caso de que sea necesaria la protección adicional de una zona permeable contemplan recurrir a delantales impermeables.
 - iii. Protección facial y ocular: se debe utilizar siempre y cuando haya riesgo de contaminación con salpicaduras y gotas (sangre, fluidos, secreciones y excreciones).
 - iv. Lo ideal sería utilizar un EPI entre paciente y paciente. Pero, ante la falta de material o en el caso de que los EPI sean reutilizables, se deben seguir los siguientes pasos:

- Lavar con agua y jabón si existe suciedad visible. Aclararlo con agua.
 - Introducir el material a desinfectar en un contenedor con solución con lejía y dejar 1-5 minutos.
 - Aclarar con abundante agua limpia y dejar secar.
- v. Recordar mantener un contexto de humanización en esta situación. Rotular los EPI si son desechables, o añadir una pegatina identificativa, con el fin de disminuir la ansiedad o miedo de los residentes al ser atendidos por alguien desconocido en este contexto.
- d. Se debe asegurar una correcta limpieza de las superficies y espacios, prestando gran atención a los siguientes sectores:
- i. Entrada/salida de las zonas de aislamiento por ser de mayor riesgo de transmisión: puertas, ascensores...
 - ii. Zonas en las que haya trasiego de personas deambulantes.
 - iii. Existe evidencia que la familia *Coronaviridae* se inactiva en contacto con una solución de hipoclorito sódico que contenga 1000 ppm de cloro activo (dilución 1:50 de lejía con concentración 40-50 g/L), etanol al 62-71% o peróxido de hidrógeno al 0,5% en un minuto.
 - iv. El personal de limpieza deberá recibir una formación adecuada para poder llevar a cabo la desinfección de estas áreas y también deberá utilizar el EPI que se estime más adecuado.
 - v. Importancia de disminuir la contaminación cruzada (es decir transmitir virus de la zona con COVID-19 a la limpia):
 - Utilizar material exclusivo (bayetas, cubos, productos de limpieza...) en las zonas contaminadas y otro para las zonas presuntamente limpias.
 - Como con el resto del personal, si es posible, dividir a los trabajadores de limpieza en zonas limpias y zonas contaminadas. Si no hay personal suficiente se realizará como con el aseo de los institucionalizados: primero las zonas limpias y después las contaminadas.

Plan de contingencia: Recursos materiales¹⁵

- Relación de los equipos de protección individual (EPIs) solicitados, recibidos, stocks, estimación de necesidades / tiempo en un escenario de aumento del número de casos y procedimiento de solicitud.
- Relación del material fungible, termómetros, material para marcar distancias de seguridad en el suelo, mamparas...
- Provisión de jabón, papel y soluciones desinfectantes en todas las áreas necesarias (aseos, habitaciones...) y necesidades/ tiempo y procedimiento de solicitud.
- Disponibilidad de pruebas diagnósticas. PCR sólo para sintomáticos y no para todo paciente valorado en urgencias (sin valor en asintomáticos). Aislamiento, monitorizar síntomas y PCR si sintomáticos.

Medidas de gestión de residuos:

- a. Dentro de la institución reservar un área para almacenar los residuos que provengan de la zona contaminada. Estos residuos deben ser manipulados, almacenados, transportados y desechados de forma segura.
- b. Debería encargarse de la retirada de los residuos una persona por turno. Para ello debe cambiarse de zapatos y EPI que porte antes de salir a la calle.
- c. En la habitación del caso: Todo el material desechable debe eliminarse en una bolsa de plástico dentro de un cubo de basura con tapa y apertura de pedal para así evitar manipulación. Tras esto, esta bolsa debe cerrarse adecuadamente e introducirse en una segunda bolsa. El responsable o cuidador en la puerta de la habitación, aún dentro de ésta, depositará guantes y mascarilla que haya usado. Las dos bolsas se introducirán dentro de la bolsa de basura habitual y se cerrará la última de forma adecuada. En estos casos la bolsa de basura irá a recogida de fracción de resto, no pudiendo emplearse los contenedores de reciclaje.
En las instituciones, se puede realizar una recogida de basura diferenciada según se trate de paciente sospechoso-positivo a COVID-19 o institucionalizado sano. Es

conveniente identificar estas bolsas con una referencia externa.

Medidas sobre el manejo de cadáveres:

- a. El cadáver debe ser lo antes posible trasladado al depósito. Las personas que accedan a la habitación deben portar bata desechable, guantes y mascarilla quirúrgica.
- b. Los trabajadores que trasladen al cadáver deberán portar EPIs. Medidas acordes con protocolo nacional de manejo de cadáveres.

Test de SARS-CoV-2:

Dentro de las indicaciones para la realización de test diagnóstico de coronavirus se recoge como población diana las personas vulnerables o residentes en instituciones que presenten cuadro clínico respiratorio agudo compatible con COVID-19 independientemente de la gravedad²¹⁻²².

Caso confirmado	Cumple criterio de confirmación por laboratorio: PCR o test diagnóstico positivo de antígenos o anticuerpos.
Caso probable	Caso de infección respiratoria aguda grave con criterio clínico y radiológico compatible con diagnóstico COVID-19 no confirmado.
Caso posible	Caso con infección respiratoria aguda leve al que no se le ha realizado prueba de diagnóstico microbiológico.

Pruebas diagnósticas COVID-19:

- Detección del virus: Prueba antigénica Rápida o PCR: Detecta RNA viral/antígeno viral y se toma muestra naso/orofaríngeo, esputo o líquido lavado alveolar.
- Detección de la respuesta inmune: anticuerpos virales específicos IgM/IgG: prueba serológica rápida.

El BOE recoge que de forma general y siempre que exista disponibilidad, se deberá realizar la prueba diagnóstica de confirmación a los casos que presentan síntomas de infección respiratoria aguda compatible con infección COVID-19. El personal de la residencia deberá

contactar con el Centro de Atención Primaria asignado y gestionarlo por médico de la residencia²¹.

Reflexiones sobre esta situación:

Ante el avance del coronavirus se intentó crear una línea de contención para poder salvaguardar a las personas institucionalizadas, creando líneas rojas y aislando a los residentes con clínica. Se prohibió el acceso a las visitas y se limitó la interacción con el exterior.

No obstante, inicialmente no existían medidas de protección adecuadas dentro del personal asistencial y no hay que olvidar que en muchos casos la infección cursa de forma asintomática pudiendo el propio personal y otros residentes ser transmisores de la misma. De ahí la importancia de realizar test masivos para detectar casos positivos y poder aislarlos.

Por la falta de material, la exposición y en un momento incipiente la escasa sospecha de diagnóstico de esta enfermedad, provocó que muchos médicos responsables de las Residencias se infectasen y requiriesen bajas médicas, asumiendo los Médicos de Familia la asistencia sanitaria de los institucionalizados. Ante esto hemos percibido:

- Problemas de diseño arquitectónico, dificultando el aislamiento de infecciosos y en algunos casos imposibilitando circuitos limpios/sucios.
- Personal insuficiente para el número de residentes, en ocasiones con escasa formación y gran carencia de medios materiales. Miedo por parte del personal a recibir consecuencias negativas ante la enfermedad y no comunicarlo y así perpetuar la transmisibilidad ante pacientes vulnerables.

Apoyo y aspectos relevantes a tener en cuenta con los institucionalizados:

Debido al confinamiento en sus habitaciones, resulta previsible la gran pérdida de calidad de vida en los ancianos asociada a la disminución de funcionalidad (merma de movilidad por permanecer mucho tiempo cama-sillón, mayor progresión del deterioro cognitivo al no realizarse estimulación, alteraciones en el estado de ánimo por el aislamiento...). Por este motivo reseñar:

- Que los terapeutas ocupacionales sigan realizando su trabajo, aunque de manera individual con los residentes, evitándose las reuniones de grupo.

- Aumentar la dotación de fisioterapeutas para poder llegar a un mayor número de pacientes.
- Fomentar la formación del personal sanitario (dirigido especialmente a Medicina y Enfermería) en la Planificación de Decisiones Compartidas. De esta manera, será más fácil la toma de decisiones en cuanto a derivaciones hospitalarias, esfuerzo terapéutico y final de vida, respetando los valores y preferencias del paciente y su familia.
- Favorecer la comunicación de los residentes con sus familiares, inicialmente vía telemática (videollamadas) mientras el aislamiento sea necesario y posteriormente presenciales organizando las visitas por tramos horarios que impidan coincidir a múltiples visitantes; y realizando un control minucioso de las personas que entran en la residencia para evitar la entrada de sintomáticos.
- Facilitar la comunicación desde el centro con las familias. Establecer a una persona como contacto principal para poder regular el flujo de llamadas y mantener la información de forma adecuada. Comunicar diariamente el estado del paciente.
- Ofrecer apoyo psicológico, tanto a los residentes como a sus familiares, inicialmente a través de medios telemáticos. Disminuir, en la medida de los recursos disponibles, elementos estresantes que empeoren una situación ya de por sí difícil (mantener algún elemento al que los residentes tengan especial apego (muñeco, manta...), siempre respetando las medidas de desinfección, favorecer la entrega de cartas, fotos por parte de los familiares a los residentes...).

Propuestas desde Atención Primaria:

- Disminuir de algún modo la burocracia para poder disponer de más tiempo y potenciar desde los Centros de Salud la atención sociosanitaria de estos centros junto con los Trabajadores Sociales y el propio personal sanitario y de servicios sociales que corresponda a la residencia.
- Dotar a las residencias de sistema informático empleado en Atención Primaria (en nuestro caso, Medora®), para poder registrar la evolución de sus pacientes y para gestionar sus prescripciones. Los médicos de un Centro de Salud no deberían tener que responsabilizarse de las recetas prescritas por otro médico acerca de un

paciente al que no conocen ni han valorado, ya que el criterio personal puede diferir.

- El médico encargado de la institución debería disponer de un Centro de Salud de referencia al que acudir como miembro de equipo para pedir apoyo (por ejemplo, para realizar trámites administrativos -interconsultas...-) y convocar sesiones clínicas para comentar casos con otros compañeros y poder tomar decisiones en conjunto.
- Prever estas situaciones y garantizar una asistencia de calidad. Tomar medidas que certifiquen la salud de los trabajadores de estos centros mediante la dotación adecuada de EPI y resto de material necesario. Respecto a la incorporación de los trabajadores de estos centros debería priorizarse su salud y la seguridad de los residentes a los que atienden frente al problema de la escasez de personal. Según la determinación de Ac IgG y negativización de PCR en asintomáticos se tendrá en cuenta en la reincorporación.
- Necesidad en el personal activo de la realización de controles periódicos (seguimiento activo para detectar la aparición de síntomas) para poder aislar precozmente a estos trabajadores impidiendo que puedan aumentar el riesgo de contagio entre los residentes.
- Mayor control de las residencias concertadas, privadas, públicas... a través de la Gerencia de Servicios Sociales, para garantizar que se cumplan los objetivos de calidad en la asistencia, realizando inspecciones periódicas o emitiendo certificados de calidad. Priorizar la oferta de habitaciones individuales apoyando desde servicios sociales en la adaptación coste.
- Modificar las ratios mínimas de personal sanitario por número de usuarios y asegurar la dotación adecuada de personal especializado médico, de enfermería y auxiliares necesario para una cobertura 24 horas. La situación actual ha puesto de manifiesto la necesidad de que las residencias cuenten con sus propios médicos y enfermeros y que se facilite la coordinación con los servicios públicos dependientes de la Sanidad de Castilla y León (Sacyl).
- Solicitar a cada centro un plan de actuación adaptado al mismo, por escrito, delimitando zonas para realizar aislamientos, circuitos de tránsito contaminado/no contaminado, personal designado para cada área y formas de realizar la transferencia de posibles pacientes infectados entre zonas. Este plan debe contener un plano, ser revisado y actualizado de forma periódica, ser práctico y entendible por todos los trabajadores y estar en conocimiento de los mismos, para su puesta en marcha inmediata ante un posible caso.

Desconfinamiento en las Residencias sociosanitarias:

En el momento en que no cuenten con ningún caso en la residencia y todos los positivos posean prueba confirmatoria negativa plantearse ciertas medidas de “relajación” del confinamiento estricto al que han estado sometidos.

Necesidad de anticiparse a un brote y ante cualquier sospecha actuar rápidamente aislando a la persona sospechosa y adoptar las medidas expuestas anteriormente. Del mismo modo, si el personal asistencial inicia síntomas o está en contacto con caso posible debe permanecer aislado y no acudir al trabajo. Asimismo, podrían establecerse medidas como valorar la temperatura dos veces al día a los internos y a los trabajadores previo acceso al edificio.

Inicialmente para permitir la reapertura de espacios comunes (comedores, zonas de fisioterapia y gimnasios, salones...) no utilizar criterios de edad cronológica, sino que sean “desconfinados” primero los que tengan previsiblemente mejor estado de salud global (menos dependientes y menos comorbilidad). Lógicamente, no podrán salir usuarios infectados o con síntomas.

Adoptando siempre medidas de seguridad, en unos primeros momentos proponemos:

- Colocación de mascarilla y lavado de manos antes de entrar en zonas comunes, y correcta retirada y nuevo lavado de manos al regresar a la habitación.
- Disponibilidad de solución hidroalcohólica en zonas comunes.
- Cada usuario tendrá su propio andador, bastón, silla de ruedas u otra ayuda para la movilización en caso de necesitarlo, no intercambiable con otros usuarios. Las grúas deberán ser desinfectadas después de cada uso.
- Mantener normas de distanciamiento social y controlar aforos. Es interesante poder realizar turnos y que sean siempre los mismos usuarios en cada turno para minimizar contactos e intentar que puedan acceder de forma ordenada y separada el mayor número de personas. Marcar con cinta adhesiva antideslizante las zonas de tránsito, el mobiliario a utilizar: sillones (marcando por ejemplo uno sí-uno no), mesas, bicicletas estáticas, etc. Extremar la limpieza de los espacios comunes, especialmente entre turnos de usuarios.
- Minimizar los objetos de decoración en zonas comunes y los utensilios a manipular. Por ejemplo, si el usuario quiere pintar, entregarle un número de lápices de colorear y

desinfectarlos después de su uso, en lugar de dejarlos en un cajón y que se puedan contaminar todos.

- Proteger a los que tengan peor estado de salud, éstos serán los últimos en poder

Provincia	Centros de atención a personas mayores	Centros de atención a personas con discapacidad
-----------	--	---

abandonar el aislamiento.

Particularidades de desconfinamiento en Centro de Diversidad Funcional; Centros de Día; Centros de Alzheimer, demencias y trastornos mentales:

Existen varias unidades en función de perfil del institucionalizado: psicogeriatría, gente joven con enfermedad mental grave, diversidad funcional...

Sectorizar según perfil del paciente y unidad: en los centros en los que cohabiten institucionalizados de varios perfiles establecer franjas horarias y zonas diferentes para que no exista contacto entre los mismos.

Visitas familiares:

En la interacción con el exterior: habrá que controlar aforos no pudiendo según tamaño de las estancias estar más de un número de individuos. Inicialmente debería haber un límite de visitantes por institucionalizado y siempre y cuando cumpla los requisitos de estar asintomático (control de temperatura en el acceso), limpieza de manos, uso de guantes y mascarilla. El visitante deberá informar si presenta síntomas días después de haber estado en la institución. Facilitar por parte de las instituciones arcos de desinfección, hidroalcohol, medios para limpieza de las suelas de los zapatos...

Para tomar todas estas medidas de forma eficaz habrá que contar con mayor apoyo humano (incrementar personal que trabaje en este sector) y material.

Ávila	<ul style="list-style-type: none"> Residencia de Personas Mayores de Ávila 	
Burgos	<ul style="list-style-type: none"> Residencia Mixta de Personas Mayores Burgos I <<Cortes>> Residencia Asistida de Personas Mayores <<Fuentes Blancas>> Residencia de Mayores <<Las Merindades>> de Villarcayo. Residencia Mixta D. Francisco Hurtado y D^a María Mardones de Miranda de Ebro. Residencia Virgen de las Viñas de Aranda de Duero. 	<ul style="list-style-type: none"> Fuentes Blancas. El Cid.
León	<ul style="list-style-type: none"> Residencia de Mayores “Santo Martino” de León. Residencia Mixta “Armunia” de León. Centro Sociosanitario “Valle de Laciana” de Villablino. Residencia Mixta de Ponferrada. 	
Palencia	<ul style="list-style-type: none"> Residencia de Personas Mayores. Centro de Día para Personas Mayores Palencia. Anexo a Centro Residencial. San Antolín. Aguilar de Campoo. Barruelo de Santullán. Dueñas. Guardo. 	<ul style="list-style-type: none"> Nuestra Señora de la Calle.
Salamanca	<ul style="list-style-type: none"> Residencia de Mayores “San Juan de Sahagún” de Salamanca. 	<ul style="list-style-type: none"> La Salle. “Monte Mario”, Béjar.
Segovia	<ul style="list-style-type: none"> Residencia Asistida de Personas Mayores. Residencia Mixta. Cuéllar. Anexo Residencia Mixta. Centro II. San José. Carbonero el Mayor. El Espinar. 	
Soria	<ul style="list-style-type: none"> Residencia Mixta de Personas Mayores. 	<ul style="list-style-type: none"> Ángel de la Guarda.
Zamora	<ul style="list-style-type: none"> Residencia “Tres Árboles” Residencia Mixta de Personas Mayores. 	<ul style="list-style-type: none"> Virgen del Yermo.
Valladolid	<ul style="list-style-type: none"> Residencia Asistida de Personas Mayores “La Rubia”. Residencia Mixta de Personas Mayores “Parquesol” 	<ul style="list-style-type: none"> Pajarillos.

Tabla 1. Centros que dependen de Servicios Sociales dentro de Castilla y León.

Número de personas por lugar de fallecimiento

Lugar de fallecimiento	Fallecidos con COVID19 confirmado	Fallecidos con síntomas compatibles	Total
Hospital	588	60	648
Residencia	542	996	1.538
Total	1.130	1.056	2.186

Datos correspondientes a 1.214 centros. Incluye residencias, centros de personas discapacitadas y viviendas tuteladas.

El dato de mortalidad en residencias corresponde a la totalidad de fallecidos en residencias, por cualquier causa. En el caso de los fallecidos son residentes que han fallecido en hospital o en residencia.

En algún caso el dato de mortalidad en residencias puede ser superior al de personas fallecidas con COVID19 confirmado o con síntomas compatibles. La razón radica en las distintas fuentes de las que proceden los datos y el momento, también distinto, en el que se recaban.

En el caso de los confirmados, se trata de residentes a los que se les ha practicado la prueba de PCR (prueba de detección molecular) con resultado positivo según lo establecido en la Orden del Ministerio de Sanidad SND/265/2020, de 19 de marzo.

En el caso de los aislados se ha distinguido en dos grupos según lo establecido en la Orden del Ministerio de Sanidad SND/265/2020, de 19 de marzo.

Figura 1. Fuente: <https:// analisis.datosabiertos.jcyl.es/pages/coronavirus/> (24 de abril de 2020)

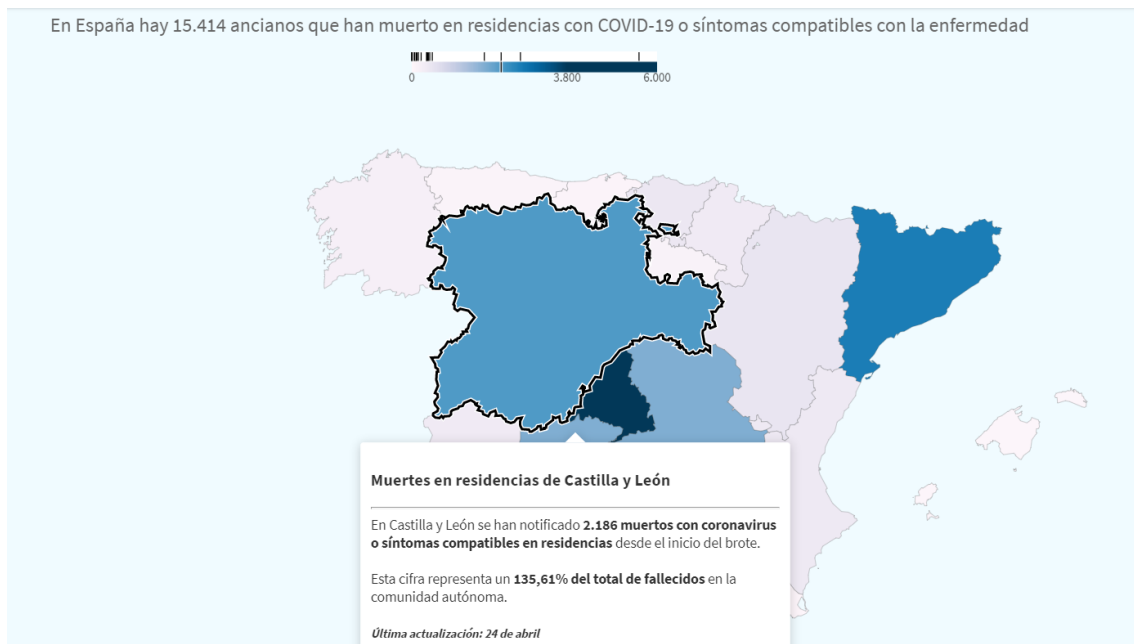


Figura 2. Fuente: Nota de prensa. 2020. Radiografía del coronavirus en las residencias de ancianos de España: más de 15000 fallecidos a falta de test generalizados. 24 de abril de 2020. <https://www.rtve.es/noticias/20200424/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>



Figura 3. Valoración geriátrica integral.

Weight	Clinical condition
1	Myocardial infarct Congestive cardiac insufficiency Peripheral vascular disease Dementia Cerebrovascular disease Chronic pulmonary disease Conjunctive tissue disease Slight diabetes, without complications Ulcers Chronic diseases of the liver or cirrhosis
2	Hemiplegia Moderate or severe kidney disease Diabetes with complications Tumors Leukemia Lymphoma
3	Moderate or severe liver disease
6	Malignant tumor, metastasis Aids

Figura 4. Índice de Charlson.

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (capaz de usar cualquier instrumento)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Dependiente, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Dependiente	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. dependiente	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

Figura 5. Índice de Barthel.










ESCALA CLÍNICA DE FRAGILIDAD (ECF)		< 80 años o > sin enfermedad de órgano terminal	≥ 80 años con enfermedad de órgano terminal (insuficiencia cardíaca crónica avanzada, enfermedad obstructiva crónica grave, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica grave)
	1. En muy buena forma. Personas que están fuertes, activas, vigorosas y motivadas. Son personas que suelen practicar ejercicio con regularidad. Son de los que están en mejor forma para su edad.	HOSPITAL	HOSPITAL
	2. En forma. Personas sin síntomas de enfermedad activa, pero que están menos en forma que las de la categoría 1. Suele ocurrir que se ejercitan o están muy activas por temporadas , por ejemplo, según la estación.	HOSPITAL	HOSPITAL
	3. En buen estado. Personas que tienen bien controlados sus problemas médicos, pero que no llevan actividad física regular más allá de los paseos habituales.	HOSPITAL	HOSPITAL
	4. Vulnerables. Aunque no dependen de otros que les ayuden en la vida diaria, a menudo los síntomas limitan sus actividades. Suelen quejarse de estar «lentos» o cansados durante el día.	HOSPITAL	HOSPITAL
	5. Levemente frágiles. Estas personas a menudo tienen un enlentecimiento más evidente y necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria importantes (economía, transporte, labores domésticas, medicación). Es típico que la fragilidad leve vaya dificultando salir solos de compras o a pasear y hacer la comida o las tareas del hogar.	HOSPITAL	HOSPITAL
	6. Moderadamente frágiles. Personas que necesitan ayuda para todas las actividades en el exterior y para realizar las tareas domésticas. En casa, suelen tener problemas con las escaleras y necesitan ayuda con el baño, y pueden requerir alguna asistencia para vestirse (guía y acompañamiento).	HOSPITAL	HOSPITAL / CENTRO DE CUIDADOS INTERMEDIOS
	7. Con fragilidad grave. Dependen totalmente para el cuidado personal, sea cual fuere la causa (física o cognitiva). Aun así, parecen estables y sin riesgo de muerte (en los siguientes ~ 6 meses).	CENTRO DE CUIDADOS INTERMEDIOS - HOSPITAL	CENTRO DE CUIDADOS INTERMEDIOS - HOSPITAL
	8. Con fragilidad muy grave. Totalmente dependientes, se acercan al final de la vida. Es típico que ni siquiera se recuperen de afecciones menores.	CENTRO DE CUIDADOS INTERMEDIOS-HOSPITAL / CUIDADOS PALIATIVOS EN RESIDENCIA O DOMICILIO	CENTRO DE CUIDADOS INTERMEDIOS-HOSPITAL / CUIDADOS PALIATIVOS EN RESIDENCIA O DOMICILIO
	9. Enfermo terminal. Se aproximan al final de la vida. Esta categoría se aplica a personas con esperanza de vida < 6 meses y sin otros signos de fragilidad.	CUIDADOS PALIATIVOS EN RESIDENCIA O DOMICILIO / CENTRO DE CUIDADOS INTERMEDIOS-HOSPITAL	CUIDADOS PALIATIVOS EN RESIDENCIA O DOMICILIO / CENTRO DE CUIDADOS INTERMEDIOS-HOSPITAL

Figura 6. Escala clínica de fragilidad (ECF) de Rockwood modificada para ayuda de toma de decisiones.

Referencias:

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2018. Disponible: www.msssi.gob.es
2. Instituto Nacional de Estadística (2020). Población por comunidades y ciudades autónomas y sexo. Cifras INE [www.ine.es]
3. Servicios Sociales de Castilla y León [sede web]. Centros de atención a personas mayores. Disponible: <http://www.jcyl.es/web/jcyl/Portada/es/Plantilla100Directorio/1248366924958/0/1142233532297/DirectorioPadre>
4. Junta de Castilla y León [sede web]. Situación epidemiológica del coronavirus (COVID-19) en Castilla y León (actualización diaria. Datos a 23/04/2020). Disponible: <https:// analisis.datosabiertos.jcyl.es/pages/coronavirus/>
5. Abizanda Soler P, Paterna Mellinas G, Martínez Sánchez E, López Jiménez E. Evaluación de la comorbilidad en la población anciana: utilidad y validez de los instrumentos de medida. *RevEspGeriatrGerontol*. 2010;45:219-28.
6. Domínguez-Ardila A, García-Manrique JG. Valoración geriátrica integral. *Aten Fam*. 2014;21(1):20-3.
7. Kuo HK, Scandrett KG, Dave J, Mitchell SL. The influence of outpatient comprehensive geriatric assessment on survival: a meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatric*. 2004;39:245.
8. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic diseases. *J Chronic Dis*. 1970;23:455-69.
9. Bernabeu-Wittel M, Alonso-Coello P, Rico-Blázquez M, Rotaeche del Campo R, Sánchez-Gómez S, Casariego-Vales E. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. *Aten Primaria*. 2014;46:385-92.
10. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis*. 1987;40:373-83.
11. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
12. Martín Lesende I, Gorroñogoitia Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán Cortés JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. *Aten Primaria*. 2010;42:388-93.

13. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CAMJ. 2005;173:489-95.
14. Dirección Técnica de Planificación, Atención Primaria y Derechos de los Usuarios. Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud. Atención a pacientes institucionalizados y vulnerables en domicilio en estado de pandemia COVID-19 y ayuda a toma de decisiones. [Versión 16 de abril de 2020].
15. Servicios de Programas de Salud y Prevención de la Dirección Técnica de Recursos Humanos y Gestión de Centros de la Gerencia de Servicios Sociales de la Consejería de Familia de la Junta de Castilla y León, en colaboración con el Servicio de Coordinación y Prevención de Riesgos laborales de la Dirección General de Función Pública de la Consejería de Presidencia de la Junta de Castilla y León. Guía de actuación para los centros dependientes de la Gerencia de Servicios Sociales de la Consejería de Familia de la Junta de Castilla y León en relación con el COVID-10 o enfermedad por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2: Centros residenciales (Centros de Personas Mayores, CAMP, CAMPYCO, CO, y Centros de Menores). [Actualización 20/04/2020].
16. Médicos sin Fronteras, 2020. Medidas de Prevención adaptadas. Circuitos y otras pautas. Disponible:
<https://fundacionio.com/wp-content/uploads/2020/04/DOCUMENTO-COMPLETO-RECOMENDACIONES-MSF.pdf.pdf>
17. Ministerio de Sanidad. Guía de prevención y control frente al COVID-19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter general. [Versión de 24 de marzo de 2020]. Disponible:
https://www.msrebs.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Residencias_y centros_sociosanitarios_COVID-19.pdf
18. Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. En Boletín Oficial del Estado.
<https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/21/pdfs/BOE-A-2020-3951.pdf>
19. Ministerio de Sanidad. Procedimiento de actuación para los Servicios de Riesgos Laborales frente a la exposición del SARS-CoV-2. [Versión de 8 de abril de 2020]. Disponible:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/PrevencionRRL COVID-19.pdf>

20. Ministerio de Sanidad. Procedimiento para el manejo de cadáveres de casos de COVID-19. [Versión del 13 de abril de 2020]. Disponible: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_cadaveres COVID-19.pdf
21. Ministerio de Sanidad. Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). [Actualizado a 11 de abril de 2020]. Disponible: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Procedimiento COVID 19.pdf>
22. Ministerio de Sanidad. Notas de Prensa. PCR y test rápidos para el diagnóstico de coronavirus ¿cómo funcionan y en qué se diferencian? [24 de marzo de 2020]. Disponible: <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4824>
23. Real Decreto-ley 19/2020, de 26 de mayo (medidas complementarias en materia agraria, científica, económica, de empleo y Seguridad Social y tributarias para paliar los efectos del COVID-19; artículo 9: Consideración como contingencia profesional derivada de accidente de trabajo las enfermedades padecidas por el personal que presta servicio en centros sanitarios o socio-sanitarios como consecuencia del contagio del virus SARS-CoV2 durante el estado de alarma.)

2. COVID - 19 ENTORNO URBANO

Análisis de la situación:

Desde los cambios epidemiológicos de mejoría con la entrada en sucesivas fases de transición hacía un retorno con objetivo de recuperar la actividad presencial con el paciente en la atención primaria (AP) como en porcentajes similares al estado previo de la pandemia, se precisa de un proceso adaptativo que combine aún la asistencia de patología COVID 19 de forma decreciente. Los tiempos estimados se irán adaptando al transcurso de los cambios.

Hemos comprobado que se puede dar una solución telemática a la consulta con aceptable respuesta por parte de pacientes y profesionales atendiendo a la solidaridad temporal de la crisis. Sin embargo se precisa tras valoración a distancia la revisión presencial de algunos pacientes con patología crónica no demorable o urgente.

Objetivo:

Adaptación de la demanda mediante autogestión de la consulta de AP con patología COVID 19 y recuperación actividad asistencial de crónicos y agudos no COVID 19.

DAFO

Debilidades:

1. Falta de personal.
2. Síndrome de “Burn-out” debido a años de acumulaciones y precariedad en los contratos incrementado por la situación de la pandemia.
3. Falta de autogestión en el triaje de pacientes hacia la consulta médica (Necesidad de administrativo de cupo/s).
4. Infraestructura deficiente en algunos centros de salud (CS) que no permite reestructurar zonas de asistencia COVID 19 (sucio) /no COVID 19 (limpio).
5. Sistemas de comunicación a destiempo. Comunicación no fluida con hospital. Escaso uso de las TIC (Tecnologías de la Información y Comunicaciones).

Amenazas

Potencial **saturación del servicio** o **aglomeraciones**

1. Pruebas complementarias y consultas hospitalarias pérdidas en tiempo de Estado de Alarma. Direccionar automáticamente a la gestión hospitalaria de las mismas, que sea el hospital quien maneje presencial o no estás interconsultas.
2. Incremento notable de consultas administrativas por IT, certificados, informes, renovación de medicación o corrección de errores de dispensación. Solicitar que las empresas colaboren en la visualización de las IT en la aplicación telemática. Igualmente, las farmacias deben ayudar en la dispensación de la receta electrónica.
3. Actualización de problemas de salud de la población acaecidos en este tiempo de alarma. Retomar la responsabilidad del paciente en su estado de salud.
4. Incremento notable de consultas de problemas de salud mental o agravamiento de previos, duelo traumático, estrés social, aumento notable de paro laboral...etc. Que los servicios de salud mental apoyen en la tarea de la salud mental comunitaria y fomenten la resiliencia de las personas.
5. Permisos vacacionales por periodo estival de los médicos de familia. Con sobrecarga del resto del equipo para cubrir dicha ausencia.

Estrés de **plantillas de Atención Primaria durante periodo de Alarma:**

1. Síntomas de sobreesfuerzo por la sobrecarga, estrés social, asunción de roles nuevos (atención a residencias, equipos COVID AP...etc.).
2. Presión por el gran número de ausencias de bajas no cubiertas y profesionales readaptados a otras labores por salud laboral.
3. Desconocimiento de estado inmunitario de los profesionales que trabajan en AP.
4. Sensación de profundo y amplio malestar por carencia de EPIs suficientes en tiempo y forma o la utilización de EPIs que no estaban homologados y; su relación con el número de contagios y defunciones entre sanitarios. La utilización de sistemas de información deficientes, con falta de directrices específicas y sobrecarga y confusión por la presencia de protocolos redundantes. Ausencia de liderazgo inteligente y suficiente por parte de las Direcciones asistenciales y Gerencias.

Fortalezas:

Los MIR son pieza fundamental en el apoyo a los equipos. Necesidad de ajustar esfuerzos realistas al mercado y competencia con otras CC.AA para fidelizar a los que finalizan periodo formativo.

Oportunidades:

1. Asentar mayor autogestión del profesional en la demanda para resolver consultas no presenciales.
2. Redimensionamiento de equipos teniendo presente futuras necesidades.
3. Mejorar la fluidez en las relaciones con el segundo nivel asistencial.
4. Mejorar competencias del contacto telemático (correo electrónico, teléfono), para evitar duplicidades en las pruebas complementarias y fomentar la consulta hospitalaria no presencial.

PROPUESTAS SOCALEMFYC**1. CONSULTA COVID****1.1 Acceso y organización de la consulta.**

El paciente acceda previo contacto telefónico con su médico de familia (MF), quien decidirá, según criterio del equipo atención en la consulta COVID.

1.2 Equipos COVID

Mantenerlos para seguimiento telefónico, sobre todo durante festivos o en caso de mala evolución de pacientes determinados. Cuando no tengan actividad propia apoyaran la atención a las urgencias u otras actividades del centro. Estarán preparados para reorganizarse automáticamente ante nuevas ondas epidémicas. Delimitar claramente sus funciones, favoreciendo actividad coordinada con su MF o equipo de AP (medicina-enfermería). Se propondrá por equipos organizar un sistema de guardias localizadas con activación mediante busca para la atención de llamadas COVID 19 fuera de horario asistencial con acceso MEDORA desde domicilio.

1.3 Intervención en residencias urbanas (véase documento Sociosanitaria)

Hay que hacer seguimiento de las residencias precisando que las personas con seguros privados autoricen la cesión de sus datos clínicos. En caso de sospecha de un foco COVID 19 un equipo de enfermera/médico acudirá con EPI adecuado para realizar la valoración según valoración previa telefónica. Si la dimensión del foco supera la capacidad asistencial del equipo sanitario a criterio del CS se solicitará la cobertura de la consulta por un sustituto y en su ausencia por el resto del centro.

1.4 Detección precoz de casos mediante pruebas serológicas. ¿Quién, cómo, dónde, qué pruebas?

- El equipo AP, debe seguir en el DESPISTAJE DE INFECCIÓN ACTIVA por SARS-COV-2, junto con al "ENFERMERA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA".
- La prueba más adecuada en CASO SOSPECHOSO (síntomas compatibles: infección respiratoria aguda con fiebre, tos, disnea y otros...etc.) es la técnica de RT-PCR (detección de carga viral), durante los primeros días de iniciar la sintomatología y probablemente durante la fase presindrómica. En pacientes con curso leve, el pico de carga viral en muestras naso y orofaríngeas se produce los primeros 5-6 días tras iniciar los síntomas y prácticamente desaparece hacia el día 10. Si el curso es más grave de la enfermedad, la carga viral es mayor y también su capacidad de contagio.
- Si CASO SOSPECHOSO CON SÍNTOMAS COMPATIBLES, la RT-PCR se debe realizar en las primeras 24 horas, si negativo aislamiento domiciliario (14 días) y repetir la RT-PCR en 7 días. Si segunda RT-PCR negativa sería preferible pedir serología con test que utilizan métodos cuantitativos (ELISA/CLIA). Si RT-PCR positiva caso confirmado (aislamiento domiciliario y seguimiento con RT-PCR). Si el presentara síntomas y signos de gravedad se derivaría al hospital.
- SI CASO CONFIRMADO, búsqueda de contactos. "LA ENFERMERA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA", que se encargará de la búsqueda de los CONTACTOS ESTRECHOS (si asintomáticos aislamiento de 14 días, si sintomáticos pasarían a caso sospechoso y se realizaría RT-PCR).
- Si seguimiento de caso sintomático en residencia o centro social, la prueba adecuada es la RT-PCR (el colectivo de mayores es donde más falsos positivos y negativos dan los test de anticuerpos por inmunocromatografía). Los contactos estrechos de caso confirmado, aislamiento de 14 días y si presentan síntomas se

les realizará una RT-PCR.

- Los test de anticuerpos por inmunocromatografía para contactos infectados de casos confirmados de profesionales sanitarios o sociosanitarios asintomáticos su utilidad puede ser escasa, no ha habido tiempo necesario para generar respuesta inmunitaria y puede dar un falso negativo, dando una falsa seguridad de infección descartada. En general, no deben usarse para el diagnóstico ni para la toma de decisiones clínicas. En estos contactos estrechos es más adecuada la RT-PCR.
- Si ALTA HOSPITALARIA con RT-PCR negativa, la enfermedad está resuelta y no precisa aislamiento domiciliario. Si RT-PCR positiva se debe aislar durante 14 días desde el alta y repetir RT-PCR hasta resultado negativo (como promedio cada 7 días). Si resuelta enfermedad resuelta y se levanta el aislamiento, aunque no hayan transcurrido los 14 días.
- Tenemos los test de anticuerpos con métodos cuantitativos más sensibles y específicos (ELISA Y CLIA) y los test de inmunocromatografía que detecta IgM e IgG (estos últimos menos sensibles, con un resultado que se genera en 15 minutos). Los anticuerpos totales se deben utilizar en la segunda semana tras los síntomas y los disgregados a la tercera semana. Cuando se deben utilizar:
 - En las urgencias como complemento a la RT-PCR en los pacientes con síntomas más de 7 días.
 - En los RT-PCR repetidamente negativa y síntomas.
 - En investigación:
 - ✓ Confirmar que la infección está pasada con RT-PCR positiva o no. Posible virus no viable o restos virales.
 - ✓ Comprender la epidemiología de COVID19 (poder comprender carga viral en asintomáticos).
 - ✓ Seleccionar donantes de plasma (suero hiperinmune para posible terapia).
 - ✓ Evaluación de posible vacuna.
 - Cribado de personal sanitario, personal de residencias de ancianos, preferiblemente mediante ELISA y RT-PCR.
 - Cribado en población asintomática vulnerable.
 - Cribado de profesiones esenciales en asintomáticos.
- Siempre que sea posible las pruebas se realizarán en el CS o bien por la enfermera del equipo de AP o bien por la enfermera de vigilancia epidemiológica.

- En el caso de que haya que acudir al domicilio, sería necesario de disponer de vehículo y material adecuado (EPIs), para la extracción de la muestra del paciente.
- Si Residencia Sociosanitaria, sería necesario mantener el Equipo COVID, quien se encargaría de la recogida de muestras en la misma. En caso de no disponer del mismo en periodo de transición en CS deberían de disponer de los medios (vehículo y EPIs) físicos y humanos (medico-enfermera encargados del cupo de esa residencia o la enfermera de vigilancia epidemiológica) para hacer despistaje de caso sospechoso, recogida de muestras y seguimiento de contactos.

1.5 Cierre de procesos en “curados”. ¿Con qué pruebas?

- PCR negativa y ausencia de síntomas en todo caso sospechoso y posteriormente confirmado. Y en los contactos que se han convertido en caso sospechoso al presentar síntomas. En asintomáticos tras el aislamiento se acaban las medidas.
- En sanitarios y sociosanitarios tras 5-6 meses de la pandemia, sería información muy adecuada saber el estado inmunitario de la misma a través de técnica ELISA/CLIA.
- Según la evidencia científica un elevado número de personas que enfermaron por COVID19 desarrollaron anticuerpos protectores. No obstante, esta circunstancia debe ser tomada con precaución y ser prudentes a la hora de enfrentarnos al COVID19.
- En cualquier caso, SE DEBE INSISTIR EN MANTENER LAS MEDIDAS HIGIÉNICO-SANITARIAS INTENSIVAS: aislamiento físico y no social de 2 metros. Cuando no sea posible guardar la distancia, utilizar mascarilla. Lavado de manos frecuente y adecuado. No tocarse la cara (ojos, nariz, boca). Insistiendo que la medida más eficaz es el distanciamiento de 2 metros y que la mascarilla no permite que esa distancia se disminuya.

1.6. Coordinación fluida con Emergencias C.C.U. para el manejo urgente inmediato de pacientes con empeoramiento severo o sospechoso/positivos que requieran traslado hospitalario:

Refuerzo con equipos de protección adecuados, reciclaje formativo específico y refuerzo de recursos humanos.

Refuerzo de unidades medicalizadas de Emergencias con dedicación exclusiva a la atención COVID 19 en caso de repunte epidemiológico con reajuste de turnos adaptados al estrés acumulativo del manejo de paciente COVID 19.

2. RESTRUCTURACIÓN CENTROS DE SALUD

2.1 Organización del espacio físico.

2.1.1 Ubicación de la zona de triaje

En la zona de acceso al CS, lo más cerca de la puerta. Llevado por enfermería. Deberá disponer de termómetro y pulsioximetría. Equipo protección, mascarilla quirúrgica y guantes adecuados.

2.1.2 Mantener zonas sucio/limpio de forma permanente hasta control total de epidemia

2.1.3 Atención de la consulta urgente

Centralizar las urgencias del SUAP y que sean atendidas en cada CS. El paciente contactará telefónicamente y el facultativo decidirá si debe ser valorado de forma presencial. Se remunerará como jornada complementaria. Los SUAP urbanos empezarán a funcionar a partir de las 15 h.

2.1.4 Zona desinfección de material/EPI –. Para cambio, limpieza/desinfección y desechado de material. Se deben de cumplir las recomendaciones validadas por el fabricante en cuanto al reciclaje o no del material. Aunque lo ideal sería no reutilizar el material.

2.1.5 Zonas de vestuario (disponibilidad de ropa de trabajo, desechable o lavable, para los CS o por lo menos para quienes tengan que ver pacientes sospechosos). Garantizar la privacidad e higiene en la retirada y reposición de lencería. Evitar coincidir varios profesionales.

2.2 Organización de la agenda.

2.2.1. Mantener la consulta no presencial (CNP) como primera opción de acceso a valoración

El profesional decide si es presencial, en ese caso da cita. Valorar la posibilidad de implantar telemedicina real. Videoconferencias con pacientes requiere modificar y adaptar equipos de consulta. Terminales conectados en red para intercambio de fotos y videos con pacientes. Revisar normativa de seguridad del paciente.

2.2.2 Intercalar consulta presencial con CNP.-

Escalonar las consultas para evitar la aglomeración de pacientes en la sala de espera. El modelo de citación seguirá siendo como hasta ahora: el paciente solicita su cita y el profesional (enfermera o MF) se pondrá en contacto con él y decidirá la necesidad de valoración presencial si no puede resolver la consulta de manera telefónica. Lo citará el propio profesional en fecha y hora concreta.

2.2.3 Seguimiento del crónico por enfermería. Incluye petición de pruebas complementarias y valoración clínica. -

Llamada por enfermería a estos pacientes comprobando adherencia terapéutica, control, educación para la salud, etc. Limitar las consultas presenciales en el centro, pero incrementarlas en los domicilios. Si descompensación, manejo por MF.

2.2.4 Capacitar para realizar pruebas diagnósticas de forma ágil e identificar contagios. Fundamentalmente PCR mientras no existan otras de mayor/mejor aporte.

2.2.5 Crear canales de información fiable, continua y fácilmente accesible de criterios de manejo clínico.

2.3 Reestructuración de los equipos (personal).

2.3.1 Garantizar la estabilidad de las plantillas (gestionar con celeridad la resolución de ofertas públicas de empleo y concursos de traslados).

2.3.2 Sobredimensionar las plantillas respecto a previo COVID 19

La AP será el eje fundamental de atención a crónicos y de contención en futuras epidemias. Las consultas de rebosamiento no han demostrado reducir la demanda de pacientes.

Administrativos formados para dar información adecuada y triaje inicial (canalizar la demanda de la población burocrático/paciente crónico/consulta médica aguda), con herramientas tecnológicas que faciliten la organización de las consultas tanto de médicos como de enfermería.

2.3.3 Asistencia domiciliario.

Autogestión por el centro en función de la disponibilidad de equipos de protección. Lo ideal es que sean atendidos por los profesionales de su cupo. Coordinación fluida e instantánea con Emergencias en caso de pacientes sospechoso/positivo COVID 19 para disminuir riesgo contagio.

2.3.4 Teletrabajo Trabajador social. Función de apoyo en la atención a la cronicidad o exclusión.

2.3.5 MIR/EIR

Fidelizar los que terminan su periodo formativo, intentando mantenerlos en los CS, ya que serán más eficaces en la gestión COVID 19 en un entorno conocido.

Establecer competencias en la gestión COVID 19 o epidémica según año de formación para el supuesto de nuevo brote para combinar adecuadamente el refuerzo con sus rotaciones.

Formación específica a situación epidémica según nivel de competencia.

Contratos como profesionales integrados en EAP con cupo, reforzando/descargando el sistema en caso de saturación epidémica.

Atención directa en urgencias por los residentes de las especialidades hospitalarias de la patología de su área.

2.3.6 Fisioterapia

Ajustes del aforo que permita la seguridad del usuario y personal y; con sistema de triaje según prioridad establecida por médico especialista rehabilitador.

Apoyo con medios tecnológicos audiovisuales que permitan disminuir el contacto y mantener distancia de seguridad en los usuarios que lo permitan tanto presencial o en domicilio.

2.3.7 Matrona. Puerperio presencial. Consultas telefónicas CNP. Actividades preventivas. Establecer un sistema similar al del MF, dejar una parte de la CNP, y que decida quién precisa atención presencial y cite escalonadamente según necesidades.

2.3.8 Odontología

Consultas telefónicas CNP. Actividades preventivas. Establecer un sistema similar al del MF, dejar una parte de la CNP, y que decida quién precisa atención presencial y cite escalonadamente según necesidades con los EPIs adecuados a las maniobras.

3. DESBUROCRATIZACIÓN DE LAS CONSULTAS

3.1 Interconsultas a otras especialidades

La actividad en especialidades debe quedar reducida a lo imprescindible en base a lo estrictamente necesario, establecido por una fluida coordinación con las especialidades hospitalarias mediante una buena herramienta informática dimensionando esta actividad en la agenda del MF.

Fomentar el uso de la “Carpeta del paciente”. Facilitar la obtención de claves por los pacientes para acceso a sus resultados de pruebas complementarias, informes de consulta, receta electrónica y partes de IT.

3.2 Mejoras informáticas en Medora para incorporar contenido automáticamente a Guías Asistenciales, o dejar de cumplimentarlas.

Evitar las múltiples incidencias de RECYL.

Sería una buena idea eliminar el visado, o que se renovara automáticamente como se ha hecho en este último tiempo.

3. COVID – 19 ENTORNO RURAL

Durante el periodo comprendido entre el inicio de la Fase I y el final de la Fase III de la desescalada de las medidas adoptadas con motivo de la pandemia, se proponen algunas consideraciones para llegar en las mejores condiciones asistenciales a la etapa denominada “nueva normalidad” en el ámbito de la AP rural.

Las fechas de inicio de la Fase I y el final de la Fase III deberán ser definidas, en nuestro ámbito de atención, por las autoridades sanitarias con capacidad normativa para ello, y éstas podrán sufrir modificaciones en función de la evolución de los indicadores de la pandemia, pudiendo afectar tanto a su temporalidad, como a su delimitación geográfica.

A estos efectos, el Plan para la Transición hacia una Nueva Normalidad, elaborado por el Ministerio de Sanidad el 28 de abril de 2020, en su Anexo III, establece como posibles fechas, aunque pendientes de confirmación, el 10 de mayo para el inicio de la Fase I y el 30 de junio para el final de la Fase III.

Definimos las propuestas en varios apartados en función de su ámbito de actividad:

1.- En el entorno o en colaboración con el EAP:

Muy importante establecer canales de comunicación flexibles, rápidos y continuos entre los distintos niveles a la vez que se protocolice de forma rigurosa la información necesario a transmitir entre niveles que permita la eficacia en la gestión y priorizar en cuanto a la urgencia en la actuación para dar soluciones lo más inmediatas posibles.

Equipos COVID: Durante el periodo descrito consideramos esencial que permanezca activo al menos un Equipo de referencia para cada Área de Salud. Deberán ser referencia para todos los EAP, mantenerse en contacto con ellos para una mejor coordinación de las actuaciones evitando duplicidades, y seguir facilitando información a requerimiento de usuarios o profesionales.

Equipos COVID-Residencias: De igual manera, dando continuidad a la gestión que se viene realizando en las residencias, debería mantenerse también un mínimo de un Equipo. Recomendamos además una valoración caso a caso de residencias entre Gerencia de Servicios Sociales y Centro de Salud adscrito sobre la adecuación de los recursos profesionales ajustados a las necesidades reales de cada centro. Más información véase documento Socio-sanitaria

Emergencias: Se mantendrá la comunicación y el apoyo con los Centros Coordinadores de Emergencias con el fin de adaptar de manera óptima los recursos disponibles a las situaciones de demanda a través del teléfono. En caso necesario sumar a los recursos ordinarios de Emergencias unidades específicas para traslado de Covid

sospechosos para tener disponible los recursos ordinarios rurales de Emergencias para estos casos.

Hospital: Durante este periodo se debería intensificar la comunicación entre los ámbitos asistenciales, con el fin de ir incorporando las novedades organizativas de los distintos Servicios hospitalarios, especialmente si conllevan criterios de derivación específicos. También es muy interesante establecer o potenciar las interconsultas no presenciales, así como la posibilidad de comunicación telefónica para resolver dudas clínicas por parte de los profesionales de AP.

2.- Específico del Centro de Salud Rural:

Mantener la consulta de respiratorio en el Centro de Salud

1 M y 1 E (con turnos equitativos) permanecerán en el CS dedicados a atender la demanda de la consulta de respiratorio, los avisos domiciliarios de patología sospechosa Covid19, los avisos derivados por el 112, los avisos de las residencias sociosanitarias con patología respiratoria y los controles domiciliarios tras altas hospitalarias por neumonía, SDRA (demostrada la utilidad de la Ecografía Pulmonar evitando desplazamiento del paciente y mejora el diagnóstico precoz de agravamientos, pero requiere formación específica)

- Motivo: desplazamientos con vehículo del centro (se trata periódicamente y en casos de contacto de riesgo) a cargo de la administración.
- Incrementar la formación en Geriatría guiada por la administración en las áreas de mayor interés.

Mantener un punto de triaje en la entrada del CS más próxima a administración.

- Dicho punto será atendido por celador, auxiliar de enfermería (si existiera), administrativos y según necesidades enfermería y medicina.
- Dicho punto debe tener el siguiente material mínimo: Termómetro de infrarrojos, mascarillas, solución hidroalcohólica para pacientes y cartel de gran visibilidad con leyenda del tipo "*si usted tiene fiebre o clínica respiratoria, comuníquese lo inmediatamente al personal sanitario, póngase una mascarilla y guarde distancia de seguridad*". Implementar el uso de barreras portátiles como mamparas que mejoran la seguridad no perdiendo comunicación.

Mantener en el Centro de salud 1M y 1E que se dediquen a la demanda domiciliaria NO sospechosa de Covid19, que se realizará en el vehículo del centro, dotado de material de protección para los sanitarios, y que se fumiga de manera periódica. Este equipo se podría suprimir una vez que se pase a fase 2.

3.- En los Consultorios Locales:

En cada demarcación asistencial se definirá la reapertura de consultorios adscritos, atendiendo a criterios de seguridad y de demanda presencial, para lo que se deberán cumplir los siguientes requisitos:

En cada demarcación asistencial se definirá la reapertura de un único consultorio local, dicho consultorio cumplir los siguientes requisitos:

Sala de espera suficientemente amplia.

Dos consultas al menos (M y E), ambas con línea telefónica, y conexión a intranet. Es necesario disponer a mano de un kit EPI biológico en el consultorio para cada profesional en situaciones imprevistas

Es necesario disponer además de una tercera consulta para atención de patología respiratoria. En los consultorios donde no exista esa tercera sala, una de las dos consultas, y siempre la misma, se dedicará a patología respiratoria cuando sea necesario. Para poder utilizar esta consulta para la atención del resto de patologías, se citará la demanda de patología respiratoria o infecciosa a última hora. Es necesario, en cualquier caso, garantizar la desinfección posterior de la consulta (equipo profesional externo/interno con sistema de registro de procedimiento”

La atención se realizará a través del sistema de “**cita previa obligatoria**”

Es necesario que, en los CL coincidieran en tiempo M y E. Instamos a las Gerencias a conseguir esa paridad M-E. Dado que en el futuro próximo, el número de profesionales no será el mismo y que hay que contar con los descansos tras guardia y los turnos en el CS, proponemos que SOLO se atienda patología sospechosa Covid19 cuando en el consultorio estén los dos profesionales. Si no se da la circunstancia, derivar el paciente al CS para que sea atendido allí.

Las consultas urgentes, deberán contactar previamente por teléfono para definir el motivo de la demanda y establecer el equipo encargado y lugar de atención con la emisión protocolizada de un informe estándar con la información útil y justificación de la resolución del caso ya sea derivación a urgencias hospitalaria como observación hasta valoración por equipo de cupo en menos de 24h. Para facilitar este contacto telefónico, además de informar a la población del número del Centro de Salud y el del Consultorio, sería necesario ofrecer a las Unidades Básicas Asistenciales que lo soliciten un teléfono móvil corporativo, que permita gestionar estas citas, además de permitir una atención no presencial telefónica de manera más ágil y sin las dificultades de contactar con los profesionales que atienden en diversas ubicaciones.

4.- Organización y Funcionamiento del EAP:

4.1.- Mantener la consulta telefónica y potenciar telemedicina y la videoconferencia.

Herramientas todas ellas que nos van a permitir hacer el seguimiento de pacientes crónicos, entrega de resultados, ajustes de muchos tratamientos e incluso valoración inicial de problemas agudos no urgentes. Valorar adaptación de plataformas teleasistenciales de entidades privadas que cumplen con los requisitos de eficacia.

Por tanto, es importante que en cuanto a telemedicina de forma inicial:

- Toda consulta (bien en CS o CL) debe tener acceso telefónico
- Dotar de sistemas de videollamada a todos los CS y CL (requerirá desarrollo de redes especialmente en zonas rurales y asistencia-formación al usuario/paciente y sistemas que aseguren la protección de datos)
- Uso del correo corporativo para el contacto con pacientes y articular medidas para integrarlo con la historia clínica electrónica (con sistemas que garanticen

la protección de datos)

4.2.- Crear Agendas adaptadas a la nueva situación

La agenda siempre ha sido un instrumento fundamental para realizar un trabajo de calidad, pero en la situación actual debe garantizar además la seguridad del paciente

Criterios mínimos para una agenda de calidad:

- Consulta a demanda presencial:
Recomendamos máximo 3 pacientes/hora (podríamos empezar con 10 al día y valorar).
- CNP:
Intercalar 2-3 CNP entre cada consulta presencial.
- Consulta programada presencial:
Para la revisión y control de paciente pluripatológico o con patología crónica. Debe de filtrarse integrando seguimiento no presencial en equipo con enfermería.
- Consulta Covid19 presencial:
A última hora del centro, en los CL que no dispongan Sala de respiratorio específica. Si tampoco se garantiza desinfección, la atención se hará en domicilio o se establecerá mediante cita en otro consultorio que reúna requisitos o en el Centro de Salud. Se incluirán las consultas destinadas a tomas de muestras para poder remitir a última hora al laboratorio de referencia y obtener resultados al día siguiente dentro de la franja de CNP para informar al paciente.
- Consulta domiciliaria.
NO forzar citas presenciales a mayores de las que constan en la agenda, sin previo conocimiento del sanitario que debe realizar la atención, para evitar problemas de seguridad del paciente, gestionarlas como atención urgente, citado anteriormente.

4.3.- Adaptar el sistema de cita previa a la nueva situación.

Algo que hemos visto durante la pandemia es que la función de **filtro** que **debe** realizar el personal de la **Unidad Administrativa** es importantísima e insustituible. Por lo que proponemos:

- Desactivar el sistema de cita a través del call-center y sustituirlo por suficiente personal administrativo (habrá que aumentar la plantilla de la Unidad Administrativa) que realice una gestión de la demanda adecuada y discrimine al menos:

El motivo de consulta (M, E, administrativa,...)

El tipo de consulta (CNP, demanda,...)

- Adaptar la app o Web de citas (valorar sistemas que requieren certificado digital) para que contemplen esos motivos y tipos de consulta y facilitarlas con frases del tipo “si usted cree que su consulta puede ser atendida por teléfono, pulse...” Se puede incluir una opción de renovación de tratamiento crónico, para aquellos que sólo requieran renovar la receta electrónica. Este sistema puede implicar en algunos centros aumento de plantilla administrativa y aumento de turnos.
- Contactar telefónicamente con las consultas presenciales, antes del inicio de la actividad asistencial, para evitar sorpresas.

4.4.- Mantener las salas de espera lo más vacías posibles.

Modificar las salas de espera para mejorar seguridad del paciente. Ej: Anulación de dos de cada tres asientos (cubrirlos con bolsas basura, marcarlos con X con cinta de embalar, poner carteles de asiento anulado, etc.) para conseguir una distancia de seguridad de 2 metros entre pacientes.

Uso obligatorio de mascarilla y gel hidroalcohólico para higiene de manos por parte de pacientes previo a la entrada a las consultas.

Si las salas de espera se llenan (ej.: horas de extracciones), el resto espera fuera del centro de salud / consultorio local guardando esos dos metros de distancia. Valorar dispositivos que mejoren el confort en el exterior según el clima, la edad o estado de los pacientes. (Inversión y/o adaptación de espacios)

4.5.- Medidas de protección de los profesionales.

Recordar continuamente que en cualquier momento, podemos atender a pacientes Covid19 asintomáticos pero contagiosos.

Por ello es imprescindible:

- El uso continuo de mascarilla, el lavado de manos antes y después de exploración de los pacientes y continuar utilizando, como ropa de trabajo, pijama y bata.
- En determinadas ocasiones, además, el uso de guantes, gafas o pantallas de protección ocular, bata impermeable, EPI tipo buzo.
- Colocar mamparas de separación (metacrilato, vinilo,...) en las unidades administrativas e incluso en las consultas asistenciales.
- Disponer de mascarillas, guantes y gel hidroalcohólico para pacientes.
- Garantizar, por parte de las GAP, dicho material de protección en cantidad suficiente y en el momento adecuado para los CS y CL abiertos. Respetar las garantías de uso aconsejadas por el fabricante. En caso de ampliar su uso, aportar por escrito el aval por parte de salud laboral que garantiza su idoneidad.

- Es deseable desarrollar a la par una red centinela eficiente como la de la gripe para poder ampliar o suprimir los test diagnósticos preventivos al personal. La frecuencia de los test diagnósticos se decidirá en función de la prevalencia Covid19 en la zona de salud.
- Mejorar la limpieza y ventilación de los CS (incidiendo en salas de respiratorio, superficies que son utilizadas por muchas personas, etc.) y CL abiertos (que debe ser diaria tras la atención sanitaria).
- Asegurar que las contratas de limpieza y los ayuntamientos, diputaciones... proporcionen al personal de limpieza del equipo de protección suficiente, los productos adecuados y la información sobre una adecuada sistemática de limpieza.

4.6.- Dotar a la Primaria de herramientas suficientes para contener la Covid19

La labor de AP (también en el medio rural) en esta fase de la pandemia debe ser: La detección precoz de casos, aislamiento precoz de los mismos y estudio y consejos a sus contactos.

Por dicho motivo, necesitamos suficientes Pruebas Complementarias (PCR, Test rápidos, formación y equipos de ecografía portátiles, equipos móviles de radiodiagnóstico... etc)

4.7.- Potenciar la labor de enfermería.

Enfermería tiene la capacidad suficiente (desaprovechada en el momento actual) para realizar, además de las labores que vienen realizando hasta ahora, un correcto seguimiento de patología crónica y un abordaje eficaz de muchas otras patologías.

Por tanto es el personal adecuado para:

- Realización de Educación para la Salud individual y grupal sobre la Covid19.
- Realización de Estudios de contactos (red de responsables designados para el seguimiento de salud pública en ZBS en número suficiente)
- Realización de Educación para la Salud en domicilios de pacientes con mayor vulnerabilidad a la infección Covid19.
- Realización de intervenciones comunitarias sobre cuidados (en coordinación con residencias, colegios, servicios sociales, etc.) en la Covid19 u otras patologías
- Realización de seguimiento periódico de pacientes vulnerables, ancianos de riesgo, pacientes en situación de aislamiento social, etc. Proporcionándoles cuidados, medidas de sostén y acompañamiento emocional.
- Realización del seguimiento y control (telefónico y presencial) de la patología crónica y las actividades de prevención, incluyendo la entrega de resultados de pruebas complementarias normales o sin cambios y la renovación de su receta electrónica cuando no haya variaciones en la misma.

- De igual modo, las matronas podrán entregar resultados analíticos de seguimiento de gestantes, citologías o mamografías.
- Gestión de la patología aguda de baja complejidad. Debiendo retomar el proyecto al respecto de los distintos servicios de Salud.

4.8.- Minimizar la burocracia.

Mantener la opción de no aportar partes de alta, confirmación y baja en papel al paciente. Permitir que las empresas sigan consultando en FIE dichas IT, o mejor aún, remitir telemáticamente desde el INSS dicha IT a todas las empresas.

Continuar no imprimiendo las hojas de medicación a no ser que sea estrictamente necesario

Mejorar la integración del visado en la receta electrónica

Continuar con la integración de los pacientes de MUFACE, ISFAS, etc. que son atendidos en el sistema público de salud en el sistema de prescripción de este. Incorporar a dichos pacientes en el sistema Recyl para evitar que acudan sólo a por las recetas

Instaurar ya una “Carpeta del paciente”, con acceso a través de Web o APP, donde el paciente pueda tener acceso a su última hoja de medicación, sus calendarios TAO, sus pruebas complementarias, informes de interconsulta y alta hospitalaria, etc.

Permitir que tanto los Volantes de Interconsulta como las peticiones de pruebas de complementarias lleguen directamente al hospital sin necesidad de imprimir en papel.

4.9.- Extracciones sanguíneas y realización de pruebas complementarias.-

Organizar agendas para extracciones, ECG, Espirometrías, etc con una cadencia suficiente entre paciente y paciente, lo que va a ocasionar la realización de menos pruebas complementarias diarias. Con lo que es previsible que aumente la demora.

Se debe, por tanto, espaciar la petición de dichas pruebas sin que ello suponga un riesgo para nuestros pacientes.

Para paliar dicha situación puede ser útil:

- Aprovechar la petición de pruebas complementarias por parte de Atención Hospitalaria para solicitar copia para Atención Primaria.
- Integrar las pruebas de las diferentes especialidades de AH y AP y evitar así duplicidad en las peticiones

4.10.- Reuniones EAP.-

En tanto en cuanto no se permita la reunión de más de 10 personas, se podrían retomar las reuniones de EAP utilizando alguno de los múltiples sistemas de Videoconferencia, pasando a presenciales en horario laboral cuando se permitan estas reuniones.

4.11. Acciones previas al inicio de la nueva situación.-

Previamente al inicio de esta forma de trabajar, debemos informar a la población (a través de sus alcaldes, oficinas de farmacia, indicaciones por escrito en los consultorios...) de:

- La nueva forma de atención sanitaria, la organización de las agendas, la obligatoriedad de la cita previa (para evitar contagios),
- Los CL que se abrirán en una primera fase y los criterios elegidos.
- Las condiciones que deben cumplir otros CL para su futura apertura.
- Se debe aprovechar este momento para pedir a los alcaldes las mejoras sean necesarias en los CL.

AUTORES:

1. COVID – 19 SOCIO SANITARIA

- Paula Álvarez Manzanares, Médico de Familia, Valladolid.
- Ángela María Arévalo Pardal, MIR 4º MFyC, Valladolid
- Karen Ruth Barroso López, MIR 1º MFyC, Salamanca.
- Sara del Amo Ramos, Médico de Familia, Palencia.
- Sara García Vaquero, Médico de Familia, Valladolid Oeste.
- Isabel Gutiérrez Pérez, Médico de Familia, Valladolid Oeste.
- Misericordia Martínez Huélamo, Médico de Familia, Salamanca.
- Paloma Peñasco García, MIR 3º MFyC, Salamanca.
- Natalia Santamarta Solla, Médico de Familia, Valladolid.
- Clara Isabel Soria López, Médico de Familia, Salamanca.
- Yolanda González Silva, Médico de Familia, Salamanca.

2. COVID - 19 ENTORNO URBANO

- Daniel Arauzo Palacios, Vocal PACAP, Valladolid
- Alfonso Romero Furones, Vocal Salamanca
- Miguel Ángel Gutiérrez Almarza, Vocal Ávila
- Enrique Bango Amat, Vocal Palencia
- Ángela María Arévalo Pardal, MIR 4º MFyC, Valladolid
- Cristina García Iglesias, Vocal de Residentes, Valladolid
- Sandra Calvo Tardón, GdT de Urgencias
- Eduardo Lamarca Pinto, Médico de Familia, Valladolid
- Isabel Gutiérrez Pérez, Médico de Familia, Valladolid
- Andrés Álvarez Hodel, Médico de Familia, Medina del Campo
- Marta Marina García Alonso, Médico de Familia, Medina del Campo

4. COVID – 19 ENTORNO RURAL

- Ana Pérez Laorden, Vocal de León
- Francisco Javier de Juana Izquierdo, Vocal Burgos
- Elena Muñoz Alonso, Vocal de Segovia
- Marcelino Galindo Gimeno, Vocal de Valladolid

5. REVISORES – REDACTORES

- Isabel Gutiérrez Pérez, Junta Permanente (Vicepresidenta)
- Andrés Álvarez Hodel, Junta Permanente (Secretario)
- Marta Marina García Alonso, Junta Permanente (Tesorera)
- Eduardo Lamarca Pinto, Junta Permanente (Presidente)