

PROPUESTAS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA FASE DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2





**PROPUESTAS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA
EN LA FASE DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2**
Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria
3 de mayo de 2020 (versión 1.0)

La Atención Primaria, y los médicos de familia que en ella trabajan, han realizado un extraordinario papel en la contención de la epidemia y la sostenibilidad del sistema sanitario al valorar, tratar y seguir a casi un millón de casos posibles de infección por SARS-CoV-2¹. La inmensa mayoría de estos pacientes no han acudido al hospital, con lo que se ha contribuido sobremedida a evitar el colapso del sistema sanitario. Los objetivos marcados por la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía fueron incorporados con rapidez a la labor asistencial de los Centros de Salud: incremento de las consultas telefónicas, aplazamiento de actividades no urgentes y reducción de visitantes en los centros^{2,3}.

Entre las medidas para la reorganización y normalización gradual de la Asistencia Sanitaria, la Consejería de Salud y Familias indica el mantenimiento de la actividad en Atención Primaria, incluida la relacionada con el calendario vacunal, con preferencia para los servicios de urgencias y equipos móviles, así como los avisos domiciliarios, potenciando la teleconsulta y la telemedicina⁴.

El ingente trabajo realizado hasta ahora debe continuar en la etapa de desescalada que acaba de iniciar. Con el descenso de las tasas de contagio y mortalidad del SARS-CoV-2, es preciso recuperar actuaciones sanitarias fundamentales para la población, manteniendo una adecuada protección tanto de los pacientes como del personal sanitario. En Andalucía se necesita una respuesta adaptativa desde Atención Primaria para la fase de transición de la pandemia por SARS-CoV-2 que incluya la prevención del contagio, el aislamiento de casos sospechosos, el estudio de contactos, la selección de pacientes que precisan estudio hospitalario y el seguimiento tras el alta de los pacientes infectados por COVID-19⁵. La Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria propone los siguientes objetivos, considerados vitales si se quiere mantener la capacidad de la Atención Primaria para prestar una asistencia sanitaria de calidad.

- **Mejorar la capacidad diagnóstica en Atención Primaria.** Las pruebas para la detección del SARS-CoV-2 deben realizarse a indicación del médico de familia, de forma inmediata según los criterios epidemiológicos de los servicios de salud pública.
- **Evitar que los Centros de Salud sean foco de transmisión de la pandemia.** El material de protección de los profesionales sanitarios de Atención Primaria ha de estar disponible en cantidad y calidad suficiente para poder trabajar con seguridad en la atención directa a la ciudadanía.
- **Incrementar la autonomía de los equipos de los Centros de Salud,** con capacidad para planificar agendas y tiempos de atención según las necesidades de la población atendida, con los suficientes recursos materiales y humanos para ofertar una atención de calidad.
- **Renovar y adecuar el sistema de atención sanitaria,** permitiendo al médico de familia elegir el recurso adecuado (telemático, presencial o a domicilio) para cada necesidad según criterios clínicos, con una nueva orientación hacia la atención domiciliaria y mayor participación en la atención a las residencias sociosanitarias cerradas y otras agrupaciones de personas especialmente vulnerables.

Para ello se proponen en el presente documento diversas acciones que pueden ayudar a los equipos de los Centros de Salud en la toma de decisiones sobre su organización interna. Estas propuestas resumen la opinión de médicos de familia de todas las provincias andaluzas. Sus apartados se irán desarrollando con mayor profundidad a medida que la situación sanitaria y social de Andalucía vaya cambiando.

1. INFORMACIÓN A LA CIUDADANÍA

Es fundamental que la población conozca la forma de trabajar de los Centros de Salud durante la fase de desescalada. Sería esencial, por tanto, que desde la Consejería de Salud y Familias se informe sobre la idoneidad de un primer contacto telemático con los profesionales de Atención Primaria. Esta información debe ser ampliamente difundida en medios de comunicación durante todo el tiempo que duren las diferentes fases de desescalada.

Salud Responde es un recurso que precisa adaptarse a la nueva realidad, con una labor informativa a la población en los próximos meses (24/7), trasladando a los ciudadanos las referencias sobre la comunicación telemática con su médico de familia y resto de profesionales del Centro de Salud (teléfono y correo electrónico) y facilitando las citas telefónicas.

Será el profesional de la salud quien elija el recurso preciso para la necesidad de cada paciente, de forma que la llamada a Salud Responde no se convierta automáticamente en una cita presencial (ocupando tiempo y espacio) sino en una respuesta personalizada por parte de los médicos y enfermeras de familia, priorizando según criterios clínicos y no por orden de llamada.

Esta forma de gestión de las demandas desde Salud Responde conlleva un compromiso de respuesta telemática en el mismo día por parte de los profesionales y el compromiso de los ciudadanos para aceptar que la demanda de atención no tiene que ser siempre una atención presencial.

2. ACCESO AL CENTRO Y CIRCULACIÓN DE ESPACIOS

Seguirá habilitado un **SISTEMA DE TRIAJE** en la entrada del Centro de Salud, coordinado por un profesional de enfermería. Puede estar ayudado en su labor por un celador o un auxiliar administrativo. La circulación de los pacientes en el centro tras la consulta en el triaje se define en el anexo 1.

Esta forma de trabajo será esencial en la prestación de servicios del Centro de Salud, aceptada por los profesionales y asumida responsablemente por la población.

Es conveniente que el personal de triaje disponga de una formación específica sobre la forma de trabajar, los síntomas que deben preguntar para que el paciente entre o no en un circuito separado de atención a síntomas sugerentes de infección por SARS-CoV-2, la información a suministrar a la población y las medidas de seguridad que deben adoptar en dicho puesto. Esta formación podría impartirse desde las unidades de prevención de riesgo laboral como un curso breve online.

Las funciones del triaje serán las siguientes:

- Informar a los usuarios sobre el funcionamiento del Centro de Salud, promover el uso responsable de los servicios, conocer el motivo de consulta y proponer de forma prioritaria la atención telefónica de su problema.
- Ordenar y distribuir la entrada de pacientes (que se hará de uno en uno) y agilizar su circulación por el Centro de Salud, permaneciendo en su interior el tiempo estrictamente necesario.
- Valorar qué tipo de atención (telemática, presencial o a domicilio) precisan aquellos pacientes que acudan al Centro de Salud sin cita previa, así como detectar las situaciones urgentes y emergentes para una atención inmediata.
- Detectar especialmente a aquellos pacientes con síntomas sugerentes de infección por SARS-CoV-2 (anexo 2) para su valoración de forma diferenciada en el centro de salud. Para ello han de disponer de material de protección
- Facilitar el acceso a las consultas designadas para la atención presencial, vigilar no sobrepasar la ocupación máxima que se estime adecuada en cada sala de espera y acortar el tiempo de estancia de todas las personas mediante una adecuada información.

Desde el triaje se ofrecerá solución a los motivos de demanda con los recursos propios del centro de salud, siempre que sea posible, evitando sobrecargar otros recursos de urgencias y emergencias.

Es fundamental detectar aquellos pacientes con sospecha de una infección por SARS-CoV-2, tanto en el triaje como en el contacto telemático⁶. En el anexo 2 se exponen los principales síntomas de sospecha, disponibles en forma de cuestionario en la historia clínica digital Diraya, así como un cuestionario que puede utilizarse en la atención telefónica^{7,8}. La presencia de un solo síntoma hará que se pase a valorar al paciente como caso posible de infección por COVID-19.

Las personas pasarán al interior del edificio de una en una, salvo que precise acompañamiento por edad, discapacidad o enfermedad invalidante³. Se les recordará que hay que guardar una distancia de seguridad de al menos dos metros en salas de espera y pasillos. Es preciso evitar la confluencia de personas para evitar el contagio, estableciéndose previamente el aforo máximo de las zonas comunes del centro de salud y de las consultas.

Las salas de espera tendrán asientos señalados para que puedan guardar la distancia de seguridad entre pacientes si deben esperar en el mismo espacio (o bien mediante pegatinas que los identifiquen o clausurando los asientos que no deben ocupar). Se pondrán líneas adhesivas en el suelo para señalar la distancia dónde debe permanecer el paciente respecto de los profesionales del centro de salud, de pie o sentado, tanto en el servicio de admisión como en todas las consultas.

El personal de triaje contará con equipos de protección individual (anexo 3) y solución hidroalcohólica para realizar un frecuente lavado de manos, así como un espacio adaptado y todo el material preciso para la atención a los pacientes (como termómetros sin contacto).

Es recomendable el uso de mamparas transparentes de separación entre el personal que trabaja en la entrada del centro de salud y los pacientes que acuden al centro. Todos los

pacientes y acompañantes usarán mascarilla quirúrgica dentro del centro de salud (si no tienen, se les facilitará en la propia entrada del centro). El uso de guantes es opcional, siendo más importante disponer de dispensadores con solución hidroalcohólica al alcance de la población. Se debe fomentar la higiene de manos al entrar y salir del centro de salud. Se les aconsejará no tocar el material ni el mobiliario del centro, así como no tocarse los ojos, la boca ni la cara.

Se recomienda la colocación de información visual (carteles, folletos, etc.) en lugares estratégicos de los Centros de Salud para proporcionar a la población las instrucciones sobre higiene de manos, distanciamiento e higiene respiratoria.

Todos los habitáculos del centro de salud se ventilarán adecuadamente durante la jornada laboral, existirán materiales disponibles para la desinfección y estará reforzado el servicio de limpieza y desinfección.

3. ATENCIÓN A PACIENTES CON PATOLOGÍA SUGERENTE DE INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

Los médicos de familia dispondrán de pruebas diagnósticas para la confirmación de los casos posibles en la pandemia por SARS-CoV-2. Este recurso es necesario, a criterio de la SAMFyC, si se desea responder adecuadamente ante un nuevo aumento de las personas contagiadas. Esta propuesta es esencial, a criterio de SAMFyC, para la adecuada atención a la población en los próximos meses^{5,9,10}.

Por tanto, es vital que los médicos de familia dispongan de pruebas para la detección de la infección por SARS-CoV-2 (tanto PCR como pruebas serológicas). Ello permitirá estudiar los casos posibles y los convivientes cercanos, ejecutando así la estrategia de desescalada que se ha demostrado más útil^{5,11}.

Mientras se mantenga el escenario de transmisión comunitaria sostenida generalizada del SARS-CoV-2, todos los casos con infección respiratoria aguda serán considerados como casos posibles y serán atendidos en un circuito diferenciado respecto al resto de pacientes^{8,11}. Es preciso recordar que los contagios por COVID-19 en profesionales de Atención Primaria se han debido al contacto en domicilios y a la ausencia de materiales y/o espacios adecuados para la atención a pacientes con síntomas sugerentes de SARS-CoV-2.

La sospecha de enfermedad por SARS-CoV-2 es un acto profesional del ejercicio de la medicina clínica. Por tanto, la indicación de la realización de estas pruebas será a criterio del médico de familia y seguirá los criterios epidemiológicos de los servicios de salud pública.

Tras la confirmación de nuevos casos por el médico de familia, se indicará el aislamiento en domicilio (siempre que sea posible) y permitirá el estudio de contactos de forma precoz. La identificación, seguimiento y manejo de contactos se debe realizar siguiendo lo indicado en el procedimiento de actuación frente a casos por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 del Ministerio de Sanidad¹². A estas indicaciones se le debe añadir la capacidad diagnóstica de los tests a usar en Atención Primaria^{11,13,14}.

Cada centro sanitario designará una **CONSULTA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON SÍNTOMAS SUGERENTES DE INFECCIÓN POR SARS-CoV-2**⁷ en una zona específica para

la atención de los pacientes con sospecha de infección por COVID-19, separada al menos 2 metros del resto de usuarios del centro y con medidas físicas de separación. Se situará en una sala o consulta aislada del resto y lo más cercano posible a la puerta de entrada del centro de salud.

Se valorará en cada centro la posibilidad de tener dos consultas diferenciadas, una para atención a adultos y otra destinada a la población infantil, en función de la disponibilidad de material de protección y espacios. Es necesario que todo el personal del centro conozca su existencia y localización.

En la consulta se encontrará el mobiliario mínimo imprescindible, contará con material desechable y con protecciones plásticas para aquellas partes de los equipos en contacto con los pacientes. A la puerta de dicha sala se encontrarán los equipos de protección individual, un contenedor de riesgo biológico para desechar los EPI utilizados de manera adecuada y un dispensador de soluciones hidroalcohólicas dentro y fuera, para higiene de manos tras la retirada del EPI. Se aconseja que disponga de un baño propio, siempre que sea posible, para evitar la salida de la habitación.

La agenda creada para esta consulta de atención a pacientes con síntomas respiratorios contará con un mínimo de 15-20 minutos para la atención a cada usuario.

El paciente entrará solo y provisto de mascarilla y guantes, que se le proporcionarán a la entrada del centro de salud. Si precisa ir acompañado, también se ofrecerá mascarilla al cuidador/a, quien permanecerá en la sala de espera o junto a la puerta de la consulta durante la entrevista.

El enfermo se sentará directamente en la camilla, orientada de forma no directa a los sanitarios. Si es preciso realizar una exploración faríngea, se le solicitará al paciente que contenga la respiración mientras abre la boca. En el caso de la auscultación cardiopulmonar, se realizará desde la espalda del paciente.

Es aconsejable el uso de termómetros infrarrojos (sin contacto con la piel). Si el termómetro precisara contacto con la piel, deberá lavarse tras cada uso junto con todo el instrumental utilizado (pulsioxímetro, fonendoscopio) con un agente antiviral adecuado.

El médico y enfermero de familia que atiendan a pacientes con síntomas respiratorios dispondrán de equipos de protección individual adecuados a la normativa vigente (PRL ministerio) (anexo 3), así como solución hidroalcohólica para el lavado de manos. Se deberá disponer de contenedores de residuos, con tapa de apertura con pedal, para la eliminación de los residuos generados (de uso común para todas las consultas físicas del centro de salud). Todo el material desechable de la consulta será alojado en dicho cubo y, tras finalizar la jornada, se dejará la bolsa cerrada para la recogida por parte del personal de limpieza (documento AP ministerio).

Cualquier incidente crítico ocurrido durante la atención a pacientes considerados casos posibles (o confirmados) de infección por SARS-CoV-2, tanto por exposición inadecuada como problemas con el material de protección (falta de material, inadecuado o reutilizado), deben comunicarse en esa misma jornada laboral por escrito a la dirección del centro de salud y al servicio de protección de riesgos laborales correspondiente¹⁵.

Los profesionales con criterios de “trabajador especialmente sensible” frente a la infección por SARS-CoV-2 serán valorados por el servicio de prevención de riesgos laborales para quedar exentos de la atención directa a estos pacientes, tanto en consulta como en domicilio, o proceder a la baja laboral si es preciso.

En el caso de que el paciente precise la realización de pruebas complementarias (toma de muestras, analítica, radiografía)¹³ es recomendable que todo se haga en un solo acto para evitar las salidas del paciente de su domicilio y la posibilidad de establecer un mayor número de contactos que pueden ser contagiados.

La toma de muestras (análisis de sangre o toma nasofaríngea) en casos posibles o confirmados de COVID-19 se realizará en la misma consulta destinada a la valoración de los pacientes con síntomas sugerentes de SARS-CoV-2.

Si se precisa realizar una revisión presencial de pacientes con síntomas respiratorios, pueden ser citados en un mismo día de la semana y en una consulta con sala de espera diferenciada del resto del centro de salud. La agenda específica ofertará citas con un tiempo mínimo de 20 minutos para cada paciente, evitando así que se encuentren diferentes pacientes al mismo tiempo en la sala de espera.

Tras la valoración del paciente, será citado en la agenda de **SEGUIMIENTO TELEFÓNICO DEL PACIENTE CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS**^{7,9,16,17}. El tiempo de la agenda de seguimiento respiratorio será de al menos 10 minutos por paciente.

Podrá ser personalizada o dispensarizada, en función de la disponibilidad de personal, favoreciendo la longitudinalidad y continuidad de la atención en todo los casos.

En esta agenda se hará un control telemático de los síntomas evolutivos de cada paciente, con una revisión telefónica por parte de un médico de familia en 24 horas y en 48 horas tras el primer contacto con los servicios de sanitarios^{7,9,17}. El seguimiento se prolongará como mínimo 14 días, estando la periodicidad de las llamadas telefónicas supeditada a la sintomatología del paciente, la presencia de vulnerabilidad y la existencia de riesgo familiar o social (anexo 3). Estas circunstancias se valoraran en cualquier momento del seguimiento, siempre que sea preciso.

Tras un alta hospitalaria, es aconsejable valorar telefónicamente al paciente al menos a las 48 horas, a los 7 y 14 días, realizando una llamada final al mes tras el alta^{9,17}.

Puede ser necesario un mayor número de contactos telefónicos en el seguimiento de pacientes con síntomas respiratorios si existe alguno de los criterios definidos en el anexo 4.

Es posible ofrecer esta atención telefónica tanto por el médico de familia como por la enfermera, dependiendo de las características del paciente, su enfermedad y el momento de la evolución, según indica el procedimiento de atención y seguimiento telefónico de contactos, casos posibles y confirmados por SARS-CoV-2 del Servicio Andaluz de Salud¹⁸. El médico de familia puede responsabilizarse de los casos más graves o de mayor incertidumbre diagnóstica o pronóstica.

4. ATENCIÓN PRESENCIAL

Los médicos de familia junto con la dirección de cada centro de salud son quienes definirán las agendas para las consultas asistenciales presenciales, en función de la frecuentación prevista, los recursos humanos y materiales disponibles y las necesidades de la población atendida, contando con la aprobación de los equipos directivos de distrito o del área gerencial.

Las consultas de asistencia presencial serán personalizadas o dispensarizadas, según la capacidad de cada centro de salud, propiciando la tendencia hacia una atención continuada por parte del mismo médico y enfermera de familia al cupo que atienden, algo que se hará de forma gradual y al ritmo permitido por las circunstancias de cada equipo.

Es aconsejable que las agendas de los médicos de familia de un mismo centro tengan horarios encontrados, de forma que en cada momento se encuentren de forma simultánea el menor número posible de pacientes presentes en el centro de salud.

En la fase inicial de la desescalada, los pacientes acudirán a la consulta de asistencia presencial tras una consulta telefónica previa, cuando el médico o la enfermera de familia aprecien criterios que indiquen la necesidad de una valoración presencial. La cita, propuesta por el personal sanitario, será facilitada por el SAU en la agenda de asistencia presencial.

En esta primera fase de transición de la pandemia por SARS-CoV-2, Salud Responde y el SAU solo ofertarán citas telefónicas. La posterior llamada del profesional sanitario servirá para solucionar la necesidad del paciente o proponer una asistencia presencial.

En el momento de comunicarle la cita, desde el SAU y Salud Responde se recomendará al paciente que sea puntual y acuda a consulta solo, siempre que sea posible. Se debe recordar al paciente que es el responsable de anular su cita presencial si no precisa acudir a la misma.

Cada cita para consulta de demanda clínica del médico de familia dispondrá al menos de 15 minutos para atender adecuadamente al paciente, realizar correctamente las medidas de seguridad para evitar contagio y evitar las aglomeraciones en las salas de espera. El tiempo necesario para la atención de la demanda clínica será decidido por los propios médicos de familia.

Es aconsejable establecer un circuito para que las intervenciones de enfermería que precise un paciente valorado en la consulta a demanda del médico de familia se realicen en el menor tiempo posible y en espacios cercanos a la consulta del facultativo, siempre que sea posible.

La solicitud que realizan aquellos pacientes que acuden al centro de salud sin cita será valorada inicialmente en el punto de triaje del centro de salud por la enfermera de familia. Se informará sobre la necesidad de consultar previamente por teléfono con su profesional de referencia.

El personal de enfermería dispondrá de unos protocolos de actuación para valorar a los pacientes que acudan al centro de salud sin cita previa, con criterios que ayuden a valorar la gravedad de cada caso y a utilizar de forma racional los recursos del centro de salud. Se

debe poner el énfasis en la educación sanitaria para potenciar el autocuidado en patologías frecuentes de pronóstico leve. Se ofrecerá un seguimiento telefónico posterior por su médico/enfermera, siempre que sea necesario.

En caso de que desde triaje se considere necesaria una atención presencial, podrá ser evaluado en consulta de medicina o de enfermería según la sintomatología del paciente, la disponibilidad de cada profesional y el criterio del enfermero que haga el triaje.

En este último caso, la circulación de estos pacientes por el centro no debe provocar una ocupación mayor de la aconsejada en pasillos y salas de espera. En caso necesario, y si es posible, el paciente deberá permanecer en el exterior del edificio hasta poder ser atendido.

Cada centro cuantificará de forma continuada la frecuentación que supone esta atención presencial sin cita previa. Será asumida por la agenda normal de demanda clínica (por ejemplo, dejando citas reservadas durante la mañana para estos casos). La creación de un espacio y una agenda concretos para este tipo de consultas presenciales sin cita previa no es aconsejable.

Se establecerá un circuito para la atención a las emergencias que consulten en cada centro de salud, conocido por los profesionales que realizan el triaje, quienes alertarán a los profesionales sanitarios encargados de la atención a estos pacientes y acompañarán al paciente hasta la consulta designada para su valoración.

Los profesionales en consulta de demanda clínica contará con equipos de protección individual adecuados a la normativa actual¹⁹ (anexo 3), mientras dure la alarma epidemiológica por SARS-CoV-2 e independientemente de la presencia o no de síntomas. Cada consulta dispondrá de solución hidroalcohólica para realizar un frecuente lavado de manos, tanto para profesionales como para usuarios.

5. ATENCIÓN PROGRAMADA

Se valorará la creación de una agenda programada conjunta medicina-enfermería para una atención a pacientes con enfermedad crónica compleja, pacientes pluripatológicos, pacientes polimedicados, pacientes en cuidados paliativos y personas con cualquier otra enfermedad crónica que no esté bien controlada (con especial atención a la diabetes mellitus, EPOC, insuficiencia cardíaca y enfermedad renal).

Este tipo de pacientes precisa una atención proactiva por parte del médico de familia y no meramente pasiva, según la percepción del paciente o su familia. El seguimiento de estos pacientes puede realizarse vía telemática, en domicilio o en el Centro de Salud.

Estos pacientes serán seleccionados previamente por su médico y/o enfermera de familia tras valoración de la historia clínica y consulta telefónica. El tiempo de atención será como mínimo de 30 minutos para realizar un acto único donde se incluyan las exploraciones físicas, la valoración integral y las pruebas complementarias que el paciente precise.

En esta consulta programada se podrá realizar el Plan de Acción Personalizado para los pacientes con enfermedad crónica compleja y la revisión de la polimedicación, cuando proceda.

Es preciso seleccionar un horario aceptable para esta población teniendo en cuenta su edad y sus limitaciones físicas, que no coincida con la demanda clínica y en consultas diferenciadas físicamente de las del resto del centro de salud. Hay que gestionar con especial atención estas citas para que estos pacientes permanezcan el menor tiempo posible en las salas de espera

Los profesionales en consulta programada dispondrán de equipos de protección individual adecuados a la normativa actual¹⁹ (anexo 3), mientras dure la alarma epidemiológica por SARS-CoV-2 e independientemente de la presencia o no de síntomas. Cada consulta dispondrá de solución hidroalcohólica para realizar un frecuente lavado de manos, tanto para profesionales como para usuarios.

Tras la visita presencial, se entregará al paciente una cita programada telefónica a cargo de medicina o de enfermería para entrega de resultados y refuerzo educativo. Tras esta consulta telefónica, se programarán otras consultas telefónicas y presenciales por enfermería con la periodicidad descrita en los Procesos Asistenciales Integrados del Servicio Andaluz de Salud para los pacientes pluripatológicos²⁰, los pacientes con diabetes mellitus²¹ y aquéllos que precisen cuidados paliativos²².

Los contactos telefónicos programados deben ser útiles para valorar el estado de salud del paciente, la aparición de síntomas de descompensación de su patología crónica y el apoyo familiar y social del paciente. También ayudarán a potenciar la adherencia al tratamiento y la educación en salud para el autocuidado. En última instancia, han de favorecer una menor frecuentación presencial de estos pacientes al centro de salud.

6. CARTERA DE SERVICIOS

Cada centro de salud podrá ir definiendo los programas que debe volver a realizar dentro de su cartera de servicios, según las necesidades de la población atendida y la situación epidemiológica de cada zona.

Se proponen como prioritarios la atención al embarazo, la planificación familiar, la cirugía menor no demorable (como las infiltraciones), la teledermatología (para cribado de tumores dérmicos malignos), y el programa de vacunaciones (para todas las edades). Se definirá un horario y un espacio físico diferenciado del resto de consultas a demanda.

7. ATENCIÓN TELEFÓNICA/TELEMÁTICA

La atención telefónica es esencial para evitar la expansión del SARS-CoV-2, manteniendo al mismo tiempo la accesibilidad de la población a sus médicos de familia^{8,9}. En estas primeras fases de la desescalada continúa siendo y será tras esta fase de transición de la pandemia uno de los ejes de la oferta sanitaria de Atención Primaria⁴.

Se ofertará un suficiente número de líneas abiertas a las llamadas de la población atendida. Desde Salud Responde se facilitarán los números de contacto directo con cada centro de salud y consultorio, para mejorar la accesibilidad de los usuarios al contacto telefónico.

En los centros de salud, el personal del SAU es el encargado de contestar las llamadas telefónicas de los usuarios, les informará sobre la organización del centro de salud y facilitará una cita en la agenda de consulta telefónica cuando sea preciso.

Las citas de la agenda telefónica serán asignadas por el SAU de cada centro y por Salud Responde. En ambos casos, se comprobará que el número de teléfono del usuario anotado en su historia clínica sea correcto y se indicará en las observaciones el motivo de la consulta.

La agenda específica para las agendas telefónicas será personalizada o dispensarizada, tanto para medicina como para enfermería, con un tiempo mínimo de atención de 7 minutos para cada paciente. Esta agenda, al menos en estas primeras fases de la desescalada, debe ser superior en tiempo a la agenda de atención presencial.

La hora de llamada del médico de familia no tiene que coincidir con la hora de la cita asignada al paciente. El paciente será informado que el contacto telefónico se efectuará durante la jornada laboral del mismo día, en el momento que el médico de familia pueda realizarla, y que debe estar atento a contestar (posiblemente a un número no identificado).

Hasta ahora casi todas las llamadas realizadas desde los centros de salud aparecían como “número privado”, lo que ha provocado que muchos pacientes no atiendan la llamada o sea rechazada automáticamente por su teléfono móvil. Sería oportuno que la llamada realizada por el médico de familia se identifique como “centro de salud” o cualquier otra etiqueta que permita al usuario confiar en el origen de la misma, pero que no le permita (por motivos logísticos) devolver la llamada a la misma consulta donde trabaja el facultativo.

Se ofertará la consulta telefónica para los siguientes motivos de consulta

- Administrativa (partes de baja, emisión de informes clínicos o justificantes)
- Renovación de recetas o dudas en el uso de la medicación
- Resultados de pruebas o informes de médicos del hospital
- Valoración de enfermos con patología aguda.
- Seguimiento clínico de enfermos con patología aguda o crónica.

En caso de que el paciente solicite una atención presencial (en el centro o a domicilio) o tenga un motivo diferente de los anteriores, también se citará como consulta telefónica y será el profesional sanitario responsable quien valore la actuación a tomar. En los casos que existan gravedad y/o urgencia, desde el SAU se contactará directamente con el médico de familia para que valore la situación sin demora.

Se potenciará el uso del correo electrónico como otra vía telemática para mejorar la accesibilidad, además de las consultas telefónicas. Los profesionales tendrán activo un correo corporativo, que pueden ofertar a los pacientes para que realicen consultas por esta vía. Se creará una agenda específica para este tipo de atención telemática, contando con un tiempo similar al de la atención telefónica.

Desde el SAU se entregarán aquellos documentos administrativos (como partes de baja) o clínicos que precise el paciente, usando aquellos instrumentos de telecomunicación que eviten los encuentros y desplazamientos presenciales innecesarios (como el programa Mercurio o el correo corporativo).

8. ATENCIÓN DOMICILIARIA

La atención por los profesionales de Atención Primaria al paciente en aislamiento domiciliario sigue manteniéndose como una estrategia clave en el control y la asistencia al SARS-CoV-2^{7,8,23}. El manejo domiciliario puede ser la mejor opción en situaciones en las que el ingreso hospitalario sea inviable o innecesaria, si la capacidad de los centros hospitalarios para atender a la demanda de la población se ve limitada por la situación epidemiológica, por presentar síntomas leves o moderados que no precisan ingreso o por un rechazo del paciente al mismo. En estos casos, el papel del médico de familia en la atención domiciliaria es fundamental en la fase de desescalada.

Desde la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, la Asociación de Enfermería Comunitaria y la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria se ha solicitado al Ministerio de Sanidad que la exposición en el entorno de atención domiciliaria pase a considerarse en la categoría de "**exposición de alto riesgo**" de manera individualizada y al menos en algunos supuestos concretos, enfatizando la necesidad de individualizar la categorización de riesgo en estos casos. Los datos disponibles de contagios y mortalidad en médicos de familia así lo demuestran.

Las características de la atención domiciliaria con ausencia de control sobre el entorno (ventilación, iluminación, higiene...), la inevitable cercanía con los/as pacientes (pacientes que requieren ayuda para incorporarse, ayuda para desvestirse, necesidad de sentarse en su cama o sofá para la exploración...) y la incertidumbre sobre el motivo real de la atención (personas asintomáticas o con síntomas atípicos pueden presentar una infección por SARS-CoV-2) inciden en el mayor inóculo infeccioso al que se exponen los/as profesionales.

Del mismo modo, el tipo de pacientes atendidos (ancianos, pluripatológicos o con dependencia) estarían incluidos entre los más vulnerables ante la infección por SARS-CoV-2, pudiendo ser el médico de familia un potencial transmisor del patógeno a este sector de la población especialmente vulnerable.

Si se trata de una visita a un nuevo caso, se considerará toda la vivienda potencialmente contaminada, por lo que se entrará en ella con el EPI, y se retirará en el exterior o cerca del umbral de la puerta, desechando la protección respiratoria una vez fuera y con la puerta cerrada, realizando higiene de manos inmediatamente después¹⁷. La secuencia aconsejada para la valoración a domicilio de un caso posible o confirmado de SARS-CoV-2 se muestra en el anexo 5.

Mientras se mantenga el escenario de transmisión comunitaria sostenida generalizada del SARS-CoV-2, estimamos aconsejable que los profesionales sanitarios la realicen siempre y para todos los pacientes, independientemente de la presencia o no de síntomas en la persona a valorar. Para ello han de ir siempre provistos de los equipos de protección individual adecuados a la normativa actual¹⁹ en cada atención domiciliaria (anexo 3). El maletín de atención domiciliaria siempre dispondrá de solución hidroalcohólica para realizar un frecuente lavado de manos.

La agenda de atención domiciliaria tras valoración telefónica puede ser personalizada o dispensarizada. En el segundo caso, es conveniente designar de forma diaria un equipo médico-enfermera de familia para realizar los avisos a demanda que puedan surgir, debiendo disponer de un medio de transporte adecuado. En el caso de no disponer de

suficiente personal de enfermería, la atención domiciliaria podría ser realizada de forma conjunta por dos médicos de familia.

Si se precisa traslado de un paciente de su domicilio a un centro sanitario, todo el personal que intervenga en el transporte (salvo el conductor, si no sale de la cabina) deberá ser informado previamente y deberá utilizar el equipo para la prevención de la infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto²³.

El transporte del paciente se realizará en una ambulancia con la cabina del conductor físicamente separada del área de transporte del paciente. El paciente llevará colocada una mascarilla quirúrgica y se trasladará sin la presencia de ningún acompañante, salvo criterio médico contrario²³.

Se deben impulsar las visitas domiciliarias programadas en aquellos pacientes con enfermedad crónica compleja, inmovilizados, en cuidados paliativos o con riesgo social. La actuación proactiva sobre estos pacientes, sobre todo en los casos de personas inmovilizadas, permitirá anticipar problemas de salud, evitar la polimedicación y mejorar la calidad de vida, al tiempo que se da un mayor apoyo a los cuidadores/as.

Las visitas domiciliarias pueden ser conjuntas (médico y enfermera) o por uno de los dos profesionales. El seguimiento se hará de forma conjunta, decidiendo en equipo quién debe realizar la siguiente visita programada en función de las necesidades del paciente y el tipo de valoración a realizar.

9. PARTICULARIDADES DE LA ATENCIÓN EN ZONAS RURALES Y CONSULTORIOS

Los consultorios rurales pueden tener grandes dificultades para establecer diferentes zonas de atención a los pacientes, sobre todo aquellos donde trabajan una sola Unidad de Atención Familiar (médico y enfermera de familia).

La realización de un triaje inicial a la llegada de pacientes al consultorio resulta aquí más complicada ante la falta de personal de admisión para tal fin. Se informará a los pacientes de la necesidad de evitar aglomeraciones en la sala de espera, respetando las distancias de seguridad y entregando cita para un horario diferente en caso de un aforo mayor de lo aconsejable para evitar los contagios.

Si el consultorio cuenta con 2 o más consultas, una consulta podrá habilitarse de forma preferente para la valoración de aquellos pacientes con síntomas sugerentes de infección por SARS-CoV-2, con las mismas características descritas anteriormente. Esta consulta no debe usarse posteriormente para otro tipo de motivos de consulta durante el resto de la jornada y debe tener una adecuada ventilación y desinfección.

Los profesionales sanitarios que trabajen en un consultorio procurarán encargarse, de la atención telefónica y telemática de sus pacientes, precisando de una agenda específica de ello que no se vea interrumpida por las personas que solicitan una asistencia presencial. La atención presencial se planificará en función de las posibilidades de cada consultorio y las necesidades de la población.

El médico y enfermero de familia que atiendan a pacientes con síntomas respiratorios contarán con equipos de protección individual adecuados a normativa¹⁹ (anexo 3), así como solución hidroalcohólica para el lavado de manos. El equipo de protección se

revisará de forma diaria, con transporte inmediato del material que se precise en cada momento.

10. ATENCIÓN A RESIDENCIAS SOCIOSANITARIAS CERRADAS

Los residentes de los centros sociosanitarios cerrados han sido las personas que más han sufrido las consecuencias de la pandemia por SARS-CoV-2. Por ello se propone un cambio en el modelo de atención sanitaria de estos centros. Este cambio se hará de forma gradual, según los acuerdos que se lleguen entre las diferentes Administraciones Públicas de las que dependen, la organización interna de estas residencias y los recursos de los que dispongan los equipos de Atención Primaria de referencia.

Es necesario apostar por la integración de la atención a los internos en centros sociosanitarios en los Centros de Salud. Los internos de estos centros sociosanitarios contarán con un médico y una enfermera de familia identificables, quienes se encargarán de realizar un seguimiento proactivo de cada paciente, valorando sus necesidades de forma integral e integrada. Para ello contarán con la ayuda de los profesionales sanitarios que trabajen en dichos centros.

Este modelo de atención a residencias sociosanitarias por parte del Centro de Salud tendrá que evolucionar hacia un nuevo modelo de atención en la que el médico y la enfermera de familia responsables tendrá un cupo diferente del resto de sus compañeros, lo que les permitirá disponer de mayor tiempo para la atención a sus pacientes institucionalizados.

Evidentemente, este cambio debe conllevar un reconocimiento de la carga de trabajo y la necesidad de nuevos recursos que serán necesarios en la Atención Primaria a la hora de realizar estas acciones. Se precisa, por tanto, una firme respuesta de las Administraciones Públicas con el fin de acrecentar los recursos del primer nivel asistencial que permita el cambio del modelo actual.

Ante la pandemia por SARS-CoV-2, es necesario que los centros sociosanitarios dispongan de planes de contingencia adaptados a las características de cada centro y dirigidos a la prevención y a la respuesta ante la eventual aparición de casos y brotes de COVID-19 (residencia ministerio). Estos planes serán realizados por la dirección de cada residencia con asesoramiento de los profesionales de referencia del Centro de Salud. Incluirá el material de protección necesario para los trabajadores, así como las medidas de higiene que se toman para evitar el contagio.

La coordinación entre el equipo de salud de referencia (médico y enfermera de familia) y los profesionales del centro residencial deberá ser estrecha y continuada. Los contactos entre profesionales pueden realizarse preferentemente por teléfono, aunque también presenciales si las circunstancias así lo requieren.

Desde las Delegaciones de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, y las de Salud y Familias de cada provincia se debe facilitar a los centros de salud el listado de residentes y trabajadores de cada residencia. Habrá un profesional sanitario responsable en cada centro de salud que custodiará esa base de datos con los datos de identificación de los residentes y de los trabajadores de cada residencia, así como con los datos clínicos pertinentes.

Es recomendable emplear herramientas para la toma de decisiones éticas y clínicas²⁴, valorando si se parte de un contexto de fragilidad inicial, de cronicidad compleja, de

enfermedad avanzada o de un paciente en situación terminal. Es asimismo recomendable explorar los valores de cada persona y sus preferencias, así como si éstas han sido expresadas de algún modo anteriormente.

De forma diaria se irán anotando la sospecha o confirmación de infección por SARS-CoV-2 de residentes y trabajadores, la realización de pruebas diagnósticas y su resultado, así como las medidas de autoaislamiento en las que se encuentre cada persona afectada. Para ello, de forma diaria los profesionales sanitarios de las residencias informarán telefónicamente de la situación de cada residente, registrando la temperatura corporal y la saturación de oxígeno.

Se realizará un test diagnóstico a todas las personas que residan en un centro sociosanitario cuando manifiesten sintomatología sugerente de enfermedad SARS-CoV-2, independientemente de su gravedad y teniendo en cuenta que en pacientes de avanzada edad puede debutar con síntomas no respiratorios. Se completará el estudio de todos los residentes y trabajadores según protocolo establecido^{5,25}.

Si se detecta un caso positivo se habilitará un área diferenciada para residentes con y sin infección con el objetivo de disminuir el riesgo de que se genere un brote en la residencia.

Los médicos de familia responsables de los centros residenciales estarán habilitados para prescribir todo el tratamiento indicado para cada caso, con un suministro accesible de todos los medicamentos precisos para iniciarlo de la forma más precoz posible.

11. RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA

Es un momento adecuado para potenciar las consultas virtuales como una vía de comunicación directa con los compañeros médicos del hospital, y una oportunidad para beneficiar a las personas enfermas. Esta relación supone una interconsulta bidireccional, con flujos de Atención Primaria al Hospital y al contrario, médicos de hospital que pregunten o informen tras valorar a un paciente.

La mejora de la comunicación telemática con los diferentes servicios del hospital puede aportar una visión más clínica de las interconsultas. Permitiría que los pacientes sean citados según la prioridad establecida por el médico de familia en función de criterios clínicos y no por el orden de llegada de la petición.

Como vías de comunicación telemáticas se propone la videollamada, el correo electrónico y el teléfono corporativo.

En caso de pacientes derivados desde Atención Primaria a urgencias del hospital por síntomas diferentes a clínica sospechosa de COVID, en los que se detecte serología o PCR positivas, se avisará al médico de familia a la mayor brevedad de tal situación por si se hubiese producido contacto estrecho no protegido adecuadamente y para poder realizar el seguimiento posterior del paciente y sus contactos.

La atención hospitalaria es la responsable de gestionar las citas no atendidas o demoradas durante el período del estado de alarma. La comunicación telemática con Atención Primaria será de gran utilidad para gestionar el orden de la atención de los pacientes en función de criterios clínicos, incorporando la valoración inicial ya realizada por el médico de familia.

Sería ideal generalizar la experiencia de un referente médico de cada servicio del hospital, quien desempeñaría la función de enlace con el médico de familia y el paciente. La accesibilidad se vería garantizada con la oferta de un número de teléfono y un correo electrónico donde efectuar las consultas desde Atención Primaria, garantizando una ágil respuesta por ambas partes.

Se aconseja designar la figura de un facultativo especialista en medicina interna o de enfermedades infecciosas de referencia para interconsultas telefónicas mediante teléfono corporativo designado para tal fin con vistas a resolver cuestiones relacionadas con la evolución clínica de los pacientes SARS-CoV-2 tratados inicialmente en Atención Primaria y que pudieran requerir una derivación hospitalaria.

También se deben generalizar los contactos telemáticos con los profesionales de Medicina Interna para reiniciar la valoración conjunta de los pacientes con enfermedades crónicas y alto grado de complejidad. De esta forma se puede reiniciar la atención a los pacientes pluripatológicos, población que precisa en esta fase de desescalada una especial atención.

Se revisará en cada distrito sanitario y área gerencial las pruebas incluidas en el “catálogo de pruebas diagnósticas” para facilitar que los médicos de familia puedan solicitar pruebas hasta ahora restringidas, bajo los criterios adecuados, para mejorar el diagnóstico de los pacientes que han sufrido un retraso en la atención en el hospital.

12. ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

Atención Primaria juega un papel importante en la coordinación de las actividades de educación para la salud enfocadas a promover la correcta higiene de manos, el uso adecuado de mascarillas y el distanciamiento social. En esta dinámica es preciso implicar a las asociaciones para proteger su propia salud y la de sus familias.

La pandemia provocada por el SARS-CoV-2 ha demostrado la rentabilidad de contactar y cooperar con las redes comunitarias y sociales. No es preciso crear o inventar nuevas redes, se trata solo de acercarse a ellas para una colaboración mutua.

Esta pandemia no iguala, sino que acrecienta las desigualdades. Una forma de fomentar la equidad es utilizar las redes comunitarias para llegar a quienes más lo necesitan. En necesidades sociales, también se cumple la ley de cuidados inversos.

13. RECURSOS HUMANOS

Este último punto tiene una importancia esencial para el desarrollo óptimo de las anteriores propuestas. Un médico de familia ofrece continuidad, atención integral e integrada y un profundo conocimiento de la población que atiende. Sin ese conocimiento, los cambios propuestos son difíciles de ser llevados a la práctica.

Así, la atención telemática no sería exitosa: los pacientes necesitan saber que tras el teléfono hay un profesional conocido en el que pueden confiar, y que en el siguiente contacto volverá a ser el mismo para poder avanzar en la relación terapéutica.

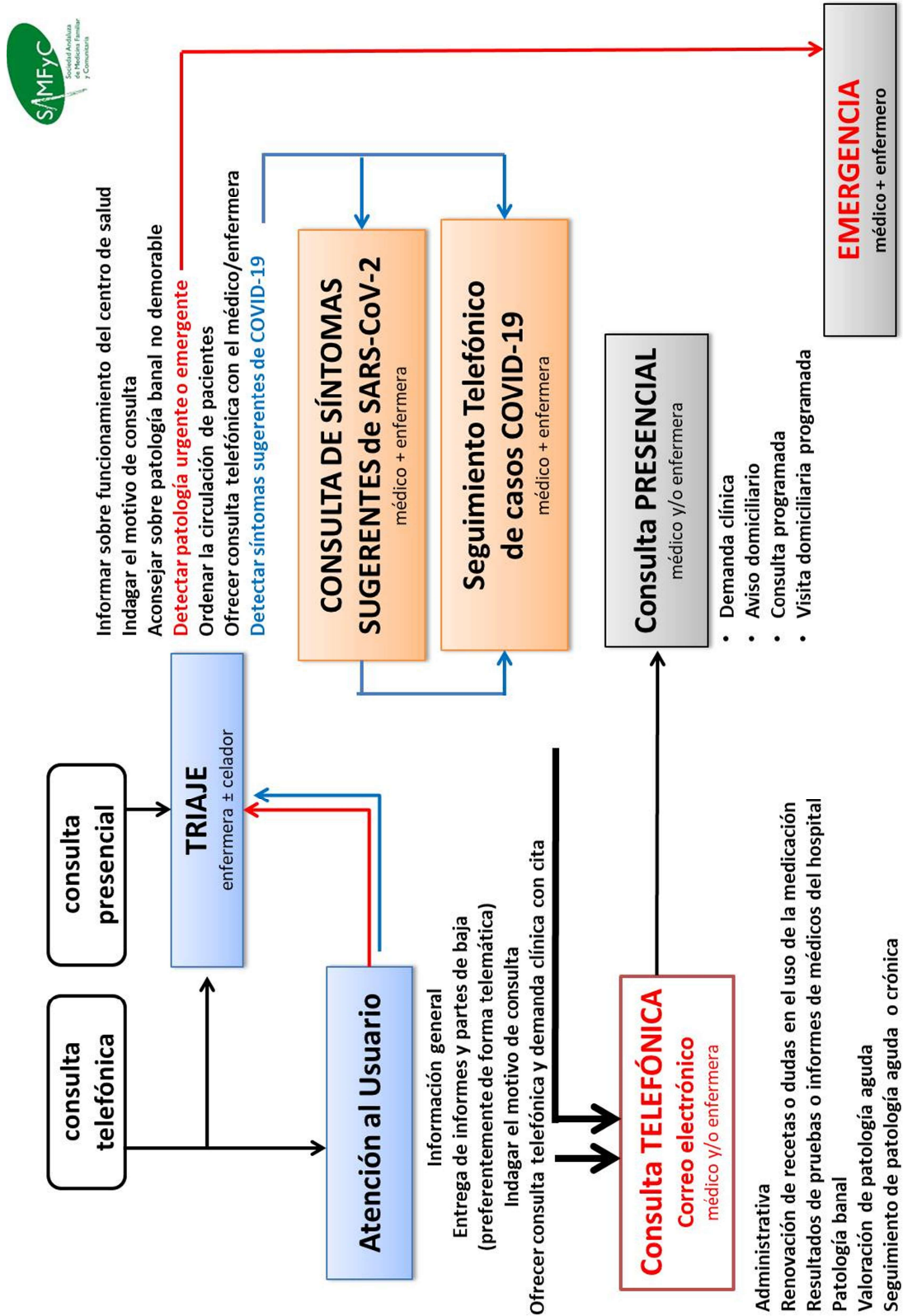
Al déficit previo de médicos de familia se suman ahora las bajas (por enfermedad, por fallecimiento y por jubilaciones anticipadas) provocada por la pandemia. Es preciso que el SSPA invierta en recursos humanos favoreciendo que más médicos de familia puedan dar continuidad al trabajo realizado.

Los médicos internos residentes de cuarto año han trabajado en las últimas semanas desempeñando, en muchas ocasiones, funciones de médico adjunto. Tanto ellos como los jóvenes médicos de familia sin plaza deberían ser fidelizados a nuestro sistema sanitario mediante interinidades o contratos laborales de muy larga duración.

El trabajo se organizará en torno a las Unidades de Atención Familiar, incluyendo en ellas a los jóvenes médicos de familia, en detrimento de los contratos como dispositivo de apoyo.

Sería conveniente favorecer el relevo generacional mediante fórmulas flexibles de trabajo en los últimos años antes de la jubilación mediante la reducción de la actividad asistencial y la realización de actividades de coordinación de formación o de investigación, potenciando las actividades relacionadas con el teletrabajo.

ANEXO 1
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN USANDO EL SISTEMA DE TRIAJE
EN EL CENTRO DE SALUD



ANEXO 2

VALORACIÓN SINTOMÁTICA INICIAL DE LOS PACIENTES CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2

Cuestionario para el triaje (modificado del protocolo del Servicio Andaluz de Salud)

¿Tiene usted tos?

¿Tiene usted fiebre superior o igual a 37,8°C?

¿Ha tenido escalofríos?

¿Tiene usted dificultad para respirar?

¿Tiene usted dolor de garganta?

¿Tiene usted dolor muscular o cansancio intenso?

¿Tiene usted dolor de cabeza?

¿Tiene usted náuseas, vómitos o diarrea?

¿Ha perdido bruscamente el olfato o el gusto?

ANEXO 3

MATERIAL DE PROTECCIÓN PARA EL PERSONAL DE LOS CENTROS DE SALUD SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR

Modificado del procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición frente al SARS-CoV-2 (Ministerio de Sanidad)

El médico/a de familia presenta una **EXPOSICIÓN DE RIESGO** porque trabaja en escenarios laborales en las que se puede producir un contacto estrecho con un caso posible, probable o confirmado de infección por el SARS-CoV-2.

Se trata de un grupo laboral que atiende a personas sintomáticas. En muchas ocasiones se presentan situaciones en las que no se puede evitar un contacto estrecho con una persona sintomática. Hay que recordar que en los casos leves, la transmisión de la infección ocurriría fundamentalmente en la primera semana de la presentación de los síntomas, desde 1-2 días antes hasta 5-6 días después. En los casos más graves esta transmisión sería más intensa y más duradera (interpretación pruebas Ministerio) por lo que el médico de familia puede atender a pacientes asintomáticos que, sin embargo, son contagiosos. Esto representa un riesgo especial en la atención domiciliaria.

El equipo de protección se elige en función de la evaluación específica del riesgo de exposición de cada caso: componentes de EPI de protección biológica y, en ciertas circunstancias, de protección frente a aerosoles y frente a salpicaduras. Ante la posibilidad de contagio a partir de personas asintomáticas o por el alto riesgo de algunas actuaciones en domicilios o en residencias con personas institucionalizadas, se recomienda siempre el uso del siguiente equipo de protección:

- Mascarilla (normativa UNE-EN 14683:2019+AC:2019)

Uso general de mascarillas autofiltrantes tipo FFP2 (no reutilizable) o media máscara provista con filtro contra partículas P2 cuando se atienden a pacientes de forma presencial. Uso de mascarillas autofiltrantes contra partículas FFP3 o media máscara provista con filtro contra partículas P3, si se van a generar bioaerosoles en concentraciones elevadas

- Guantes (normativa UNE-EN ISO 374.5:2016)

Uso de guantes de protección desechables. En el caso de la atención a pacientes con síntomas respiratorios, uso de doble guante. Siempre higiene de manos en cada contacto con un paciente o su entorno.

- Ropa de protección (normativa UNE-EN 14126:2)

Uso de equipo de protección individual desechable e impermeable, preferentemente de cuerpo entero.

- Protección ocular/ facial (normativa UNE-EN 166:2002)

Uso de gafas integrales y/o de pantallas faciales

ANEXO 4

ELEMENTOS A VALORAR PARA ESTIMAR LA PERIODICIDAD DE LAS LLAMADAS TELEFONICAS EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

SÍNTOMAS DE ALARMA

CRITERIOS DE GRAVEDAD

FIEBRE $\geq 39^{\circ}\text{C}$ o $\geq 38^{\circ}\text{C}$ durante más de 1 semana	Confusión, letargia
Tos persistente que dificulta deglución y/o >14 días Disnea mínimos esfuerzos y/o >10 días ✓ Habla entrecortada por teléfono. ✓ Incapacidad para cualquier actividad física. Dolor costal de nueva aparición o aumento de intensidad.	Disnea en reposo Aumento de expectoración Hemoptisis
Diarrea ≥ 10 deposiciones/día o 5-10 deposiciones los últimos 3 días	Vómitos incoercibles Diarrea con deshidratación

CRITERIOS DE VULNERABILIDAD

Edad > 60 años con ≥ 1 comorbilidades	
HTA	Diabetes mellitus
Enfermedad cardiovascular crónica (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular)	Enfermedad pulmonar crónica (EPOC, bronquiectasias, fibrosis pulmonar, asma)
Ictus	Tumor maligno sólido o neoplasia hematológica activa
Hepatopatía crónica (cirrosis hepática)	Enfermedad renal crónica (filtrado glomerular estadios 3-5)
Inmunosupresión (incluida la farmacológica con esteroides a dosis inmunosupresoras o con agentes biológicos)	
Embarazo	

CRITERIOS DE RIESGO SOCIAL EN SALUD

Personas ancianas en riesgo. Persona anciana dependiente o en riesgo de dependencia, con problemática social añadida y personas que cumplan alguno de los siguientes factores de riesgo:

>80 años que vive sola	Aislada o sin apoyo familiar	Sospecha de malos tratos
Sobrecarga, claudicación o analfabetismo funcional de cuidador/a, de la persona cuidadora		
En riesgo de institucionalización prematura o inadecuada		
Con problemas económicos graves o de la vivienda (insalubridad, riesgo de accidentes, etc.)		

Personas con discapacidad. Personas con discapacidad o severa dependencia para realizar las actividades de la vida diaria y/o para salir a la calle (personas discapacitadas, inmovilizadas, terminales, etc.) y que presenten problemática social añadida. Pueden presentar alguno de los siguientes factores de riesgo:

Ausencia de apoyo familiar.	Sobrecarga del cuidador/a.
Disfunción familiar	Soledad.

Menores atendidos que presentan alguno de los siguientes factores de riesgo

Enfermedades graves	Progenitores con enfermedad grave	Familia con alta movilidad
Padres adolescentes	Familias monoparentales sin apoyo social	
Maltrato Infantil	Familias reconstituidas y con problemas de ajuste familiar	

Violencia de género. Sospecha o confirmación de sufrir malos tratos y/o agresión sexual.

Colectivos especiales

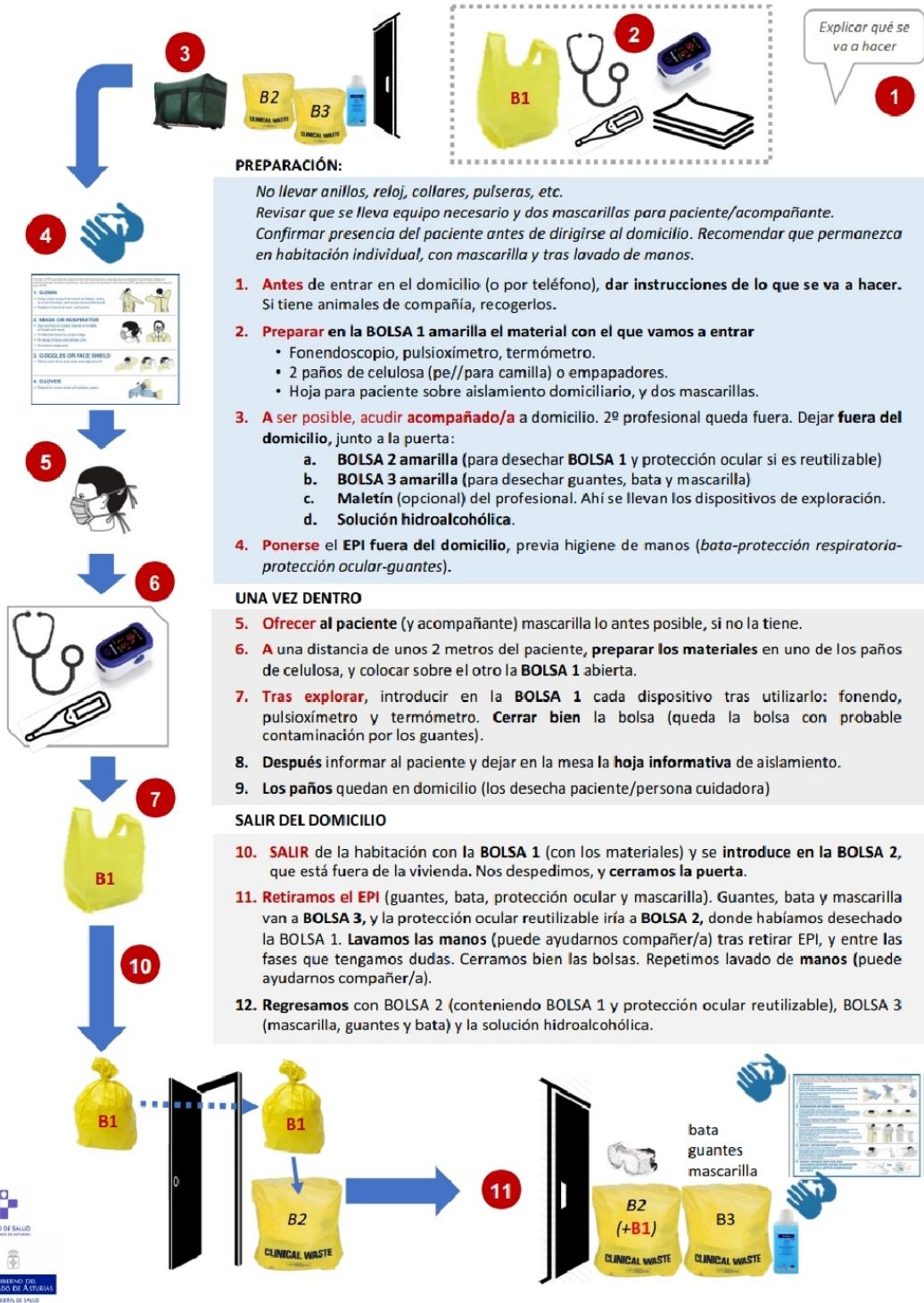
Minorías étnicas con problemas de integración	Zonas con necesidades de transformación social
Personas que presentan hábitos adictivos	Colectivos de inmigrantes y refugiados

ANEXO 5 SECUENCIA PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE UN CASO POSIBLE O CONFIRMADO DE INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

Procedimiento de atención y seguimiento domiciliario de casos de COVID-19 en Asturias (Versión 3.3)

Secuencia para Atención Domiciliaria de paciente caso posible/confirmado.

Versión 1.0 01/04/2020. Existen diversas opciones, esta es una de ellas, considerando toda la vivienda zona contaminada. Es recomendable hacer simulacros cada 1-2 días, por parejas. Es recomendable acudir con una persona de apoyo.



Bibliografía

1. COVID19 en Atención Primaria. Actividad Asistencial de los médicos de familia en Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 2020. Disponible en: <https://www.semfyc.es/la-semfyc-cuantifica-en-cerca-de-un-millon-los-afectados-por-cuadro-clinico-covid-19-en-espana-con-mas-de-900-000-leves-y-sin-test-atendidos-en-atencion-primaria/> (accedido 21/4/20)
2. Coronavirus SARS-CoV-2: Información y protocolos asistenciales. Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Familias, Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/recursos-para-profesionales/salud-publica/coronavirus-sars-cov-2-informacion-y-protocolos-asistenciales> (accedido 28/4/20)
3. Protocolo de acompañantes para la humanización durante el periodo de pandemia COVID-19. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía 2020.
4. Plan funcional para la normalización del trabajo en la actividad asistencial. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía 2020.
5. Propuesta de medidas y cuestiones a considerar para la fase de transición de la pandemia por SARS-CoV-2 en España. Informe técnico de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH). Disponible en: <https://www.sempsph.com/images/Informe%20SEMPSPH.%20Propuesta%20de%20medidas%20y%20aspectos%20a%20considerar%20en%20la%20fase%20de%20transición.pdf> (accedido 28/4/20)
6. Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected. World Health Organization (Interim guidance, 19 March 2020). Disponible en: [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125) (24/04/2020).
7. Documento técnico. Manejo en atención primaria del COVID-19 (17 de marzo de 2020). Gobierno de España, Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_primaria.pdf (accedido 28/4/20)
8. Criterios de atención clínica y de derivación hospitalaria de pacientes diagnosticados como casos probables de infección por SARS-CoV-2. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 2020. Disponible en: <https://www.semfyc.es/la-semfyc-impulsa-un-documento-de-criterios-practicos-de-valoracion-clinica-orientado-al-triaje-en-ap/> (accedido 1/5/20)
9. Continuidad asistencial al alta en pacientes con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2. Conciliación de la Medicación. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 2020. Disponible en: <https://www.semfyc.es/consulta-el-documento-de-continuidad-asistencial-al-alta-en-pacientes-con-diagnostico-de-neumonima-por-sars-coc-2/> (accedido 1/5/20)
10. Interpretación de las pruebas diagnósticas frente a SARS-CoV-2 (24 de abril de 2020. versión 2). Gobierno de España, Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/INTERPRETACION_DE_LAS_P_RUEBAS.pdf (accedido 28/4/20)
11. Considerations in the investigation of cases and clusters of COVID-19 (Interim guidance, 2 April 2020). World Health Organization. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail/considerations-in-the-investigation-of-cases-and-clusters-of-covid-19> (accedido 28/4/20)
12. Documento técnico. Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19 (Versión 14 de abril de 2020). Gobierno de España, Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_Control_Infeccion.pdf (accedido 28/4/20)
13. Guía de uso de test diagnósticos frente a SARS-CoV-2 en el SSPA. Dirección General de Asistencia Sanitaria, Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía (24/04/2020).
14. Interpretación de las pruebas diagnósticas frente a SARS-CoV-2 (24 de abril de 2020. versión 2). Gobierno de España, Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/INTERPRETACION_DE_LAS_P_RUEBAS.pdf (24/4/2020).
15. Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2 (30 de abril de 2020). Gobierno de España, Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/PrevencionRRL COVID-19.pdf> (1/5/2020).
16. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. BMJ. 2020; 368:m1182.
- Liang T. Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment. Jack Ma & Alibaba Foundation. 2020. Disponible en:

- <https://www.alibabacloud.com/channel/undefine> (accedido 19/4/20)
17. Documento para Atención Primaria: Seguimiento de pacientes con COVID-19 tras el alta hospitalaria. Servicio de Salud del Principado de Asturias, Consejería de Salud del Gobierno del Principado de Asturias. 2020. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/973133/Seguimiento+coronavirus+en+Atencion+Primaria+13042020.pdf/654069d7-2c48-b02b-cb84-ff2cf97a741f> (accedido 19/4/20)
18. Procedimiento de atención y seguimiento telefonico de contactos, casos posibles y confirmados por SARS-CoV-2 (COVID-19). Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía. 2020
19. Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición frente al SARS-CoV-2 (8 de abril de 2020). Gobierno de España, Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.mschs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccaves/alertasActual/nCov-China/documentos/PrevencionRRL COVID-19.pdf> (accedido 28/4/20)
20. Proceso asistencial integrado atención a pacientes pluripatológicos (3ª edición 2018). Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Familias 2018. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d9925c_atencion_pacientes_pluripatologicos_2018.pdf (accedido 28/4/20)
21. Proceso Asistencial Integrado Diabetes mellitus (3ª edición, 2018). Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Familias 2018. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/diabetes_mellitus_2018_18_06_2018.pdf (accedido 28/4/20)
22. Proceso Asistencial Integrado Cuidados Paliativos. Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Familias 2019. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PAI_Cuidados_Paliativos_4definitivo.pdf (accedido 28/4/20)
23. Documento técnico. Manejo domiciliario del COVID-19 (17 de marzo de 2020). Gobierno de España, Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.mschs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccaves/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_domiciliario_de_COVID-19.pdf (accedido 28/4/20)
24. Gómez-Batiste X, Amblàs J, Terribas N, Casellas-Grau A, Costa X, Román B, Romero J, Geli M. Recomendaciones éticas y clínicas para la toma de decisiones en el entorno residencial en contexto de la crisis de COVID-19. Disponible en: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2020/04/RECOMENDACIONES-ÉTICAS-Y-CLÍNICAS-PARA-LA-TOMA-DE-DECISIONES-EN-EL-ENTORNO-RESIDENCIAL-EN-CONTEXTO-DE-LA-CRISIS-DE-COVID-19-.pdf> (accedido 3/5/20)
25. Guía de prevención y control frente al COVID19 en residencias de mayores y otros

centros de servicios sociales de carácter residencial (24 de marzo de 2020). Gobierno de España, Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.mschs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccaves/alertasActual/nCov-China/documentos/Residencias_y centros_sociosanitarios_COVID-19.pdf (accedido 28/4/20)



En memoria y como reconocimiento a todos los médicos de familia fallecidos a causa de la pandemia del SARS-CoV-2.