

PROPUESTAS PARA LA VUELTA A LA NORMALIDAD TRAS LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2



**ATENCIÓN
PRIMARIA**



Participantes:

NUEVA ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA EN CENTROS DE SALUD

ASUMPTA	RUIZ ARANDA
MARIA MERCEDES	LASERNA RAGEL
JUAN JOSE	BEDOYA BELMONTE
CARLOS	CABRERA
JOSE MIGUEL	CERÓN

ATENCIÓN A LAS RESIDENCIAS SOCIO SANITARIAS CERRADAS

FRANCISCO JAVIER	CASTRO MARTINEZ
RAQUEL MARIA	DIAZ GARCIA
CRISTINA	DIAZ GARCIA
MARIA DOLORES	FERNANDEZ MARTINEZ

ATENCIÓN A URGENCIAS Y EMERGENCIAS

M.FILOMENA	ALONSO MORALES
LAURA	CARBAJO MARTIN



Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria
Granada 19 de junio de 2020

La grave situación de crisis sociosanitaria que la pandemia por SARS-CoV-2 ha supuesto en la sociedad andaluza debe ser un punto de cambio para la mejora del Sistema Sanitario Público Andaluz. Estamos ante una excelente oportunidad para evaluar las debilidades del anterior modelo de atención y aprovecha la oportunidad y las indudables fortalezas de la Atención Primaria para ofrecer nuevos modelos de atención y relación con los pacientes y el resto del sistema sanitario. **Es la ocasión para que los profesionales sanitarios sean los gestores de su propia labor clínica.** Este documento integra propuestas realizadas por socios/as de SAMFyC en torno a tres ejes fundamentales:

1. Cómo organizar el nuevo modelo de asistencia en los centros de salud,
2. De qué forma mejorar la atención a los centros sociosanitarios cerrados,
3. Y cómo gestionar las urgencias para mantener la continuidad de la atención.

1. NUEVA ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA EN CENTROS DE SALUD

La situación de la pandemia ha traído nuevas formas de trabajar en el SSPA, sobre todo en los centros de salud. Muchas de ellas, impulsadas por los equipos de Atención Primaria, han resultado satisfactorias y marcan el camino para retornar a una nueva normalidad potenciando el papel del autocuidado, la atención virtual y las agendas centradas en criterios clínicos. Estos cambios serán posibles si la población los entiende como una mejora de la calidad de su atención y para ello el Sistema Sanitario Público Andaluz debe hacer un esfuerzo por informar mediante televisión, prensa y radio, con campañas de información a la población en la Comunidad sobre la nueva organización de la atención primaria y las ventajas que ello conlleva.

1. SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO

Se propone crear la figura del personal administrativo con formación sanitaria para la atención primaria. Mientras se produce esta implantación, se puede fomentar la formación continuada específica a las personas que accedan a esas plazas administrativas en los servicios de salud. Desde nuestra sociedad apostamos firmemente por ese administrativo cualificado con formación sanitaria, cuya labor supondría un gran salto de calidad en los funcionamientos de los centros.

El papel del personal administrativo es esencial, además de dar la información del funcionamiento del centro se encargarán de valorar la demanda del usuario para elegir el tipo de atención que requiera el paciente. Tener definidos adecuadamente los flujos de los pacientes por el centro de salud favorece una mejor organización y reorienta las visitas presenciales no necesarias. Los mensajes emitidos favorecerán una adecuada gestión del motivo de consulta, agilizando la actividad del centro de salud.

El personal del SAU solo ofertará citas telefónicas, para disminuir la aglomeración en las salas de espera y la posibilidad de contagios, y de forma que se aumente la accesibilidad a los pacientes con problemas clínicos que requieren una visita presencial. Las citas presenciales solo serán gestionadas por el personal de Medicina y/o Enfermería.

Se ha demostrado de gran utilidad la labor de los SAU en el envío de documentos clínicos (informes, citas de hospital o partes de baja, entre otros) por medio del correo corporativo, lo que mejora la accesibilidad de los usuarios.

La cartelería para la ciudadanía ayuda a transmitir mensajes claros y concisos sobre las características de las diferentes citas. De igual forma, se propone la creación de un decálogo para el personal de SAU que indique claramente los diferentes tipos de citas y quien gestiona las mismas.

En este apartado, Salud Responde tiene un papel informativo vital que debe implementar para favorecer esta transición hacia una atención sanitaria de mayor calidad. Es muy importante verificar y señalar en los lugares correspondientes el teléfono al que quiere que se le llame, así como cumplimentar el apartado de observaciones para un conocimiento más rápido del motivo de la demanda. Esto implica una función de valoración de la demanda por parte del personal de Salud Responde que facilita y ayuda a la gestión de la agenda del centro de salud, ya no vale solo “dar citas”.

2. TRIAJE

El triaje ha tenido una labor fundamental durante la pandemia del SARS-CoV-2, incluso tras constatar que en cada distrito se ha aplicado de forma dispar. El personal de enfermería poseen una alta cualificación para continuar con esta labor, aplicando criterios clínicos a la hora de priorizar el tipo de atención que precisa cada paciente (telefónica o presencial) y el momento preciso para su valoración (urgente, preferente o demorable). Desde SAMFyC apoyamos la autonomía de la enfermería como profesionales esenciales en la gestión clínica de los pacientes, con actuaciones que pueden ser finalistas y esenciales en Atención Primaria.

Su utilidad se extiende no solo al tipo de atención sino al momento de la misma: el triaje puede valorar si la atención que se precisa es inmediata o puede ser citado en otro momento de la mañana o de otra jornada laboral, tanto si es telefónica como presencial.

En el triaje de aquellos pacientes que acuden sin cita al centro de salud se ofertará información y se derivará preferentemente a una cita telefónica, donde se profundizará en el motivo de demanda y se ofertará la solución más adecuada.

En situaciones con patologías de baja complejidad, la existencia de protocolos clínicos de ayuda a enfermería favorecerá un triaje que pueda dar una respuesta sin precisar citas posteriores, implementando sobre todo las medidas de autocuidado. Estos protocolos marcan la atención a pacientes con problemas anteriormente denominados como “no demorables” y que pueden tener otra vía de solución diferente a ser incluido en la consulta médica sin cita y en el mismo día.

3. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN CLÍNICA

La atención inicial será preferentemente telefónica para todos los usuarios. Esto permitirá que la valoración del tipo de consulta que precisa el paciente se haga en función de criterios clínicos, no del orden de llegada. El profesional sanitario está totalmente cualificado para poder determinar cuándo es procedente o se beneficia un paciente de la visita presencial. La experiencia acumulada estos pasados meses favorece su potenciación, debido a que:

- Mejora la gestión del tiempo del médico de familia, favorece la accesibilidad de la población y evita desplazamientos innecesarios, que es atendida en función de criterios clínicos y no “por orden de llegada”.
- Se evitan aglomeraciones a las que nunca deberíamos volver, evitando las enfermedades infecciosas comunes que se generan en nuestros abarrotados centros
- Se logran resolver telefónicamente muchas consultas: síntomas banales, petición y entrega de resultados, seguimiento de crónicos o consultas administrativas, entre otros.
- Se seleccionan a los pacientes de presencia física, facilitando proporcionar una atención de mucha más calidad y mucho más enriquecedora para pacientes y médicos, con lo que esto redundará en seguridad para el paciente -se disminuyen los errores que la prisa, el cansancio y la presión condicionan- y en prevención del burnout del médico.
- Este sistema deja espacio para las consultas programadas y visitas domiciliarias con mayor flexibilidad.

Se propone que el acceso externo de Salud Responde sea exclusivamente la Tarea de “Consulta telefónica/telemática”, de manera que así será el profesional el que gestionará la consulta presencial del usuario/paciente a partir de esa consulta telefónica. Los tele operadores de Salud Responde actualizarán los números de teléfono de los usuarios en la BDU así como el orden de preferencia de los mismos para poder contactar con ellos, se asegura el contacto y no incurrir con incidencias que pudieran atentar con la LOPD.

Se precisa una formación en atención telefónica para el personal sanitario, a fin de evitar errores que pueden producirse al banalizar este tipo de tarea clínica y para suplir la falta de información que la ausencia de comunicación no verbal aporta en la consulta presencial. El uso de cuestionarios iniciales (a modo de planillas de exploración dentro de la Historia de Salud Digital) también son elementos de ayuda para esta tarea.

Los centros de salud en cada distrito deben aportar su conocimiento de la población y organizar libremente sus agendas de atención, promoviendo el trabajo en equipo médico-enfermero. Habrá que modificar el número de pacientes presenciales, telefónicos, tiempos de cada cita en función de la experiencia que los centros vayan acumulando y la respuesta de su población. Cada centro tiene su población y su idiosincrasia, y si bien el marco general de comienzo ha de ser similar, la fórmula ha de ser flexible en cada centro.

Las agendas pueden contemplar una citación inteligente que facilite espacios adecuados de tiempo y colaboración entre profesionales para permitir realizar al paciente todas las valoraciones necesarias. Por ejemplo, la realización de una prueba complementaria se suma a su interpretación en el mismo momento, o bien se cita para una atención telefónica posterior.

Se necesita tener acceso desde Atención Primaria a todas las pruebas complementarias que posibiliten mejoras en el diagnóstico, evitando demoras y facilitando un mejor tratamiento o una más rápida consulta con los servicios del hospital.

Es fundamental que las consultas de medicina y enfermería para pacientes crónicos se sitúen en el mismo tramo horario. Esto es especialmente útil en la valoración y seguimiento de pacientes crónicos: tras una atención telefónica inicial, después se pueden realizar las valoraciones precisas en una sola mañana y posteriormente se comentarían los resultados de forma telefónica. Igualmente es aconsejable que se realicen actividades conjuntas dentro de la cartera de servicio: atención al embarazo, cirugía menor, visitas domiciliarias programadas, etc.

Disponer de listados de pacientes con determinadas enfermedades crónicas o incluidos en los diferentes procesos, de manera proactiva y con datos actualizados sobre el seguimiento (valores de laboratorio, exploraciones pendientes...) de forma periódica, ayudaría a poder planificar el trabajo.

El uso de la teledermatología debe ser una prioridad, disponiendo de dermatoscopio en todos los centros de salud. Igualmente se ha de potenciar que cada Unidad tenga un retinógrafo, es importante que se pueda organizar la atención de los pacientes diabéticos de manera anual y de acuerdo a criterios de calidad. Cirugía menor, infiltraciones y cribado de cáncer de cérvix han de contar con los equipos de protección individual correspondientes para poder hacerlos en este periodo con las mayores garantías de seguridad.

En la comunicación telemática con el paciente, y con el hospital sobre un paciente, hay que tener en cuenta la confidencialidad de los datos y emplear los medios disponibles en la historia de salud para establecer un contacto seguro (como por ejemplo mediante el uso de los programas Telederma o Mercurio). En caso de precisar envío de documentación por correo electrónico, se utilizará el correo corporativo de la Junta de Andalucía, evitando el uso del correo personal así como de otras redes sociales. En todo momento se observará la Ley de protección de datos personales.

4. RECURSOS HUMANOS

Los Centros de Salud poseerán capacidad para gestionar agendas según las características de la población atendida, así como para organizar el tipo de atención y las agendas según los diferentes periodos del año.

En cuanto a las necesidades en recursos humanos, el tamaño de los cupos ha de ser valorados en función de su complejidad y no solo del número de pacientes. Estos criterios serán transparentes, dados a conocer desde la administración pública a todos los profesionales y a la sociedad, explicando los criterios que marcan la adecuación de los recursos. Las TIS o las TAEs son elementos obsoletos que no dan respuesta a la especial complejidad que puede tener un cupo con un Centro Sociosanitario con pacientes discapacitados, con alta carga de enfermedad, con existencia de riesgo social o con centros con personas institucionalizadas.

2. ATENCIÓN A LAS RESIDENCIAS SOCIO SANITARIAS 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, de modo que reciban una atención de similares características a la que reciben los pacientes mayores en sus domicilios en cuanto a promoción de la salud y prevención de la enfermedad, comenzando por una valoración integral exhaustiva (VIE) (integral, pronóstica, farmacológica, de la capacidad de autogestión y activación, y de preferencias y valores) así como la aplicación de protocolos o programas específicos relacionados con las patologías que presente. 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.

1. ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y COORDINACIÓN SANITARIA

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 de menor tamaño que el del resto de sus compañeros, al ser éste más complejo, lo que les permitirá disponer de mayor tiempo para la atención a sus pacientes institucionalizados. Esta atención requiere de la creación de agendas específicas para estos profesionales sanitarios, con tramos compartidos entre médico y enfermera de familia que les permita preparar conjuntamente planes de atención personalizada para cada residente así como visitas programadas y/o a demanda, según necesidad.

Evidentemente, este cambio debe conllevar un reconocimiento de la carga de trabajo y la necesidad de nuevos recursos, especialmente recursos humanos, que serán necesarios en la Atención Primaria a la hora de realizar estas acciones. La dotación de profesionales debería de hacerse según la carga de morbilidad de los pacientes que han de abordar los profesionales de Atención Primaria, calculada por el modelo ACG (*Adjusted Clinical Groups*). Además, los indicadores de calidad y eficiencia de los acuerdos de gestión clínica se tendrían que adaptar a la carga de morbilidad resultante y habría que desagregar el consumo de farmacia de los pacientes del centro sociosanitario para que no recaiga sobre las Unidades de Gestión Clínicas o Asistenciales de Atención Primaria. 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.

La atención continuada de los centros residenciales fuera del horario de apertura de los centros de salud será ejercida por los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), especialmente para situaciones de urgencia o emergencias. Sería aconsejable que exista un

servicio de comunicación telemático para que los equipos de salud de Atención Primaria referentes de centros residenciales sean conocedores de forma inmediata de la necesidad de asistencia urgente o emergente de un residente por un SUAP, para así poder llevar a cabo un seguimiento de la situación.

2. CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS

- **Trabajo en equipo**, a través un trabajo colaborativo según los protocolos del sistema sanitario público de salud.
- **Historia Clínica Digital** (Diraya), con conexión desde los propios centros residenciales para los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público Andaluz.
- **Continuidad asistencial**, estableciéndose canales de comunicación con el hospital de referencia y más concretamente con los servicios de Medicina Interna así como otros servicios tales como Cuidados Paliativos, Nutrición o Salud Mental.
- **La prescripción farmacéutica** dependerá de Atención Primaria, facilitándose la de aquéllos medicamentos que precisen visado.
- **Formación**, planteada desde los distritos sanitarios y/o áreas de gestión sanitaria, y dirigida a los profesionales de los centros residenciales y socio-sanitarios, así como a los de Atención Primaria que incluya contenidos como uso adecuado del medicamento, gasto farmacéutico, atención integral a pacientes geriátricos, protocolos en casos de pandemia, cuidados paliativos, nutrición, atención al duelo familiar, etc.

3. ATENCIÓN DURANTE LA FASE DE DESESCALADA

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, las medidas de higiene que se toman para evitar el contagio y las medidas de vigilancia de síntomas y control de casos sospechosos. Estos planes deberían ser conocidos por el equipo que trabaje con ese centro y el resto de la Unidad Asistencial para poder ser aplicados con rapidez en caso de ser necesarios. Estos planes de contingencia serán revisados periódicamente.

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. Sería conveniente además que los equipos de salud de Atención Primaria se coordinasen con las Unidades de Atención a Residencias, en caso de existir estas últimas,

dependientes por regla general de los Distritos Sanitarios y que operan habitualmente en grandes zonas urbanas

Hemos visto que se han tenido que tomar decisiones clínicas muy complejas, por lo que es recomendable emplear herramientas para la toma de decisiones éticas y 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. Sería recomendable mejorar la formación en Bioética de los profesionales de los equipos de Atención Primaria y centros sociosanitarios para dar respuestas adecuadas a estos conflictos y disminuir la incertidumbre.

Los equipos de salud de Atención Primaria referentes de los centros residenciales deberán supervisar y registrar en la Historia de Salud Digital de los pacientes de 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, los profesionales sanitarios de las residencias informarán telefónicamente siempre que existas incidencias significativas de la situación de cada residente, mediante el registro de la temperatura corporal y la saturación de oxígeno, entre otras.

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. La solicitud de dicho test corresponde al equipo de salud de Atención Primaria, y consistirá en la realización de una prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para SARS-CoV-2 en exudado nasofaríngeo del paciente. Se completará el estudio de todos los residentes y trabajadores según protocolo establecido. En determinados casos en los que pueda sospecharse un brote epidemiológico, los profesionales de Atención Primaria podrán solicitar la realización de cribados para SARS-CoV-2 en residentes y profesionales de centros residenciales a través de test serológicos discriminadores de IgM e IgG que aportarán información sobre el estado inmunológico del centro residencial en su conjunto, pudiendo así realizar recomendaciones más específicas sobre manejo de pacientes y sectorización de la residencia.

Todas las pruebas para el COVID-19 serán realizados por el personal de enfermería de los centros sociosanitarios.

Independientemente de que los centros residenciales presenten o no casos de SARS-CoV-2, es conveniente que existan 3 zonas de sectorización: una zona potencialmente limpia, donde estarán todos los residentes sin sospecha y/o descartada la enfermedad; una zona potencialmente contaminada, donde estarán aquellos residentes con alta sospecha de COVID-19 aún sin confirmar o aquéllos que requieran de un aislamiento preventivo (por contacto de riesgo o residentes contra-transferidos desde el Hospital); y una zona contaminada, destinada a los residentes con enfermedad confirmada de COVID-19. El tamaño de cada zona de sectorización se irá modificando en función de la situación epidemiológica del centro residencial aunque es conveniente que siempre queden zonas de aislamiento disponibles para potenciales casos de sospecha, necesidad de cuarentena o enfermedad por SARS-CoV-2 confirmada. Esta sectorización se hará 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. Siempre que la situación clínica de los residentes enfermos de COVID-19 lo permita, se procurará que éstos reciban tratamiento y seguimiento en el centro residencial. Si su evolución clínica empeorase, los médicos de familia referentes de residencias podrán decidir la derivación hospitalaria de los pacientes, para lo que resultaría conveniente ~~el~~ establecer protocolos de atención compartida entre los servicios de Medicina Interna Hospitalarios y Atención Primaria, teniendo acceso telefónico directo con facultativos de Medicina Interna que ejerzan como referentes para casos de pacientes con COVID-19 en centros residenciales, con vistas a programar posibles ingresos.

Las personas residentes en centros residenciales han sufrido cambios en su rutina diaria debido a la crisis del COVID-19. El confinamiento prolongado en espacios cerrados, al estar clausurados los espacios comunes, y el aislamiento social, entre otras, por la ausencia de visitas de sus familiares y de contacto con otros residentes, están dando lugar a situaciones de estrés y a un aumento del riesgo de situaciones que provocan un deterioro emocional de las personas y un incremento del deterioro para su salud física y mental, situación que puede agravarse con el paso de los días establecidos de aislamiento, lo que requiere de una supervisión muy exhaustiva y continua de su condición. Los profesionales sanitarios de Atención Primaria deberán asesorar a los centros residenciales sobre cómo llevar a cabo la transición hacia la normalización de la vida de los residentes que, en la actual situación de pandemia por COVID-19, requiere necesariamente de unas medidas de protección frente a contagios muy rigurosas, con el uso de mascarilla quirúrgica y/o FFP2 así como extremar higiene de manos por parte de los trabajadores que ejercen sus tareas en las zonas potencialmente limpias, o bien el uso de equipos de protección individual (EPI) completos si los profesionales atienden a residentes en situación de aislamiento o cuarentena. Del mismo modo, los residentes irán progresivamente incorporándose a sus actividades habituales aunque manteniendo igualmente medidas de seguridad, ya sea el uso de mascarillas, higiene de manos y distancia de seguridad, siempre que éstas sean posibles.

La vuelta a la normalidad de la vida de las personas que viven en centros residenciales supone además la necesidad de poder recibir visitas por parte de sus familiares y amigos así como de ser convenientemente acompañados en situaciones de gravedad o cercanas a su fallecimiento. En ese sentido, los centros residenciales, con el asesoramiento de los equipos de salud referentes de Atención Primaria, deberán de preparar protocolos de visitas programadas asegurando y supervisando la correcta toma de medidas de protección por parte de los visitantes y evitando cualquier situación de masificación en las visitas, para lo que resulta adecuado acondicionar espacios específicos para visitas que eviten el paso de visitantes por las zonas de convivencia de los residentes.

Bibliografía consultada

- BOJA. Extraordinario núm. 26 - Jueves 14 de mayo de 2020. [consultado 19 may 2020] Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2020/526/1>
- BOE. Núm. 138 - Sábado 16 de mayo de 2020. [consultado 19 may 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/05/16/pdfs/BOE-A-2020-5088.pdf>
- Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de covid-19 indicadores de seguimiento. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. [consultado 19 may 2020]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf
- Guía de prevención y control frente al COVID19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. [consultado 19 may 2020]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Residencias_y_centros_sociosanitarios_COVID-19.pdf
- Comunicación de la dirección general de personas con discapacidad e inclusión de la consejería de igualdad, políticas sociales y conciliación a los centros residenciales de discapacidad, sobre la regulación de los paseos y actividad física al aire libre por la orden snd 380/2020, de 30 de abril. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Junta de Andalucía. [consultado 19 may 2020].
- Instrucción para la autorización de salida al domicilio familiar de personas residentes en centros residenciales en el marco del Real Decreto 465/2020, de 17 de marzo, por el que se modifica el real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. [consultado 19 may 2020]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-mediasas_normativa_mediafile/2020/instruccion_salud_publica_salida_residencias10_abril.pdf
- Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. [consultado 19 may 2020]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Centros_sociosanitarios.pdf
- Interpretación de las pruebas diagnósticas frente a SARS-CoV-2. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. [consultado 19 may 2020]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/INTERPRETACION_DE_LAS_PRUEBAS.pdf
- Plan funcional para la desescalada por COVID-19. Distrito Córdoba y Guadalquivir. SAS. Consejería de Salud y Familiar. 2020. [consultado 19 may 2020]
- Humanizar la asistencia sanitaria al final de la vida en pacientes con COVID-19. Hospital Universitario Clínico San Cecilio (Servicio Andaluz de Salud). Granada. 2020.
- Protocolo de atención a pacientes en situación de gravedad o últimos días y éxitus en la crisis del COVID-19. Hospital Universitario La Paz. Madrid. 2020. [consultado 2 may 2020]. Disponible en: <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjdzpjfzJfpAhUE2uAKHW6-C8UQFjAAegQIBRAB&url=https%3A%2F%2Fwww.uch.cat%2Fdocuments%2Fhla-paz-protocolo-atencion-paciente-ultimos-dias-sm-i-sedacio.pdf&usg=AOvVaw1lljRLnON0fGRWY3dXknu>
- Protocolo de atención a pacientes en situación de gravedad no candidatos a traslado hospitalario o últimos días en la crisis del COVID-19 en medio residencial y Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud. 2020. [consultado 2 may 2020]. Disponible en: <http://www.secpal.com//Documentos/Blog/Protocolo%20de%20atención%20a%20pacientes%20en%20situación%20de%20gravedad%20no%20candidatos%20a%20traslado%20hospitalario%20o%20UD%20en%20la%20crisis%20del%20COVID-19%20Navarra.pdf>
- Recomendaciones para familiares para la despedida y el duelo ante la presencia del COVID-19. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). 2020. [consultado 2 may 2020]. Disponible en: <http://www.secpal.com//Documentos/B>



Propuestas SAMFyC para la vuelta a la NORMALIDAD tras la pandemia por SARS-CoV-2

- log/covid19%20duelo%20y%20despedi
a%20familiares%20documento%20final
%20V2.pdf
- BOJA. Extraordinario núm. 30 - miércoles 27 de mayo de 2020. [consultado 28 may 2020]
Disponible en:
<https://www.juntadeandalucia.es/boja/2020/530/2>
 - Grávalos Falces P et al. Guía Plan de Actuación Individualizada a personas mayores en situación de dependencia. Atención en

Servicios Residenciales y Atención Diurna. Departamento de Políticas Sociales. Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García. 2014. [consultado 28 may 2020].
Disponible en:
<https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/DC1B5A29-FA62-443E-974D-005A022CB7A1/288437/PAIreducido.pdf>

3. ATENCIÓN A URGENCIAS Y EMERGENCIAS

La atención sanitaria urgente es un modelo organizativo complejo que requiere inmediatez en la respuesta. La atención urgente es una atención integral y continua que se lleva a cabo tanto en atención primaria como en atención hospitalaria así como por equipos de urgencias extrahospitalarios. Los ámbitos de actuación en esta atención van desde el domicilio al hospital así como en centros de salud. Por tanto, la atención sanitaria urgente requiere una organización que abarca los 365 días del año. Con el descenso de las tasas de contagio de COVID-19 se tendrán que recuperar actuaciones sanitarias fundamentales y desarrollándose medidas de protección organizativas estables.

El presente documento se centra en la atención a urgencias y emergencias en los diferentes puntos de actuación.

1. INFORMACIÓN A LA CIUDADANÍA

Una urgencia es una situación que puede poner en peligro la vida y adecuar la demanda en urgencias con la realidad de las necesidades de la población sigue siendo un reto no resuelto por los sistemas de salud.

Se necesitan campañas de información y concienciación ciudadana para un mejor uso de los servicios de urgencia.

- ¿Cuándo acudir a urgencias?
 - Cuando la situación puede poner en peligro la vida como dificultad grave para respirar, dolor en el pecho intenso, sensación de taquicardia, pérdida de consciencia, pérdida brusca de fuerza, accidente con herida importante...
- ¿Cuándo no acudir a urgencias?
 - Por falta de tiempo para asistir a su equipo de atención primaria o padecimientos comunes de corta duración en personas sin problemas de salud previos
 - Solicitud de informes de cualquier tipo (partes de baja, justificantes, análisis...)
 - Patologías con las que llevan meses, o para adelantar citas....

2. ORGANIZACIÓN INTERNA

Tanto en los servicios de urgencias hospitalarios como en los centros de salud con atención continuada deben permanecer los sistemas de TRIAJE a la entrada para facilitar el flujo de pacientes hacia 2 circuitos diferenciados:

- Pacientes con sospecha de infección por SARS-CoV-2 o cualquier paciente con patología respiratoria

Se considera caso sospechoso de infección por SARS-CoV-2 a cualquier persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros, con fiebre, tos o sensación de falta de aire. Otros síntomas atípicos como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolores musculares, diarreas,

dolor torácico o cefaleas, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico

- Pacientes con cualquier otra patología

Las funciones del triaje en urgencias serán:

- Informar sobre el funcionamiento del centro y conocer el motivo de consulta.
- Ordenar la entrada de pacientes y su circulación por el centro
- Valorar la necesidad de atención inmediato en caso de emergencia
- Entregar mascarilla quirúrgica si no la traen previamente

Las personas que esperan para ser atendidas en urgencias guardarán la distancia de seguridad entre ellas hasta que puedan ser atendidas. El acceso al interior del edificio de una en una salvo que precise acompañamiento por edad, discapacidad o enfermedad invalidante. En caso de acompañantes solo se permitirá la entrada de uno salvo menores de edad que podrán ir acompañados por sus padres. En las salas de espera y observación se mantendrán las distancias de seguridad con todos los pacientes y acompañantes.

Para mayor seguridad de los servicios de urgencias extrahospitalarias los centros coordinadores filtrarán de forma adecuada la posibilidad de sospecha de caso posible de infección por CoV-SARS-2 antes del traslado al domicilio. En caso de alta transmisión comunitaria podrían habilitarse diferentes equipos extrahospitalarios para mejor optimización de recursos y del tiempo. De este modo habría equipos que atendería a pacientes con sospecha de infección y otros equipos al resto de patologías.

La coordinación de urgencias extrahospitalarias está sujeta a numerosos protocolos y la gestión del Plan Operativo de Urgencias y Emergencias (PODUE) que se gestionan desde cada área de salud o distrito. Sin embargo, no todo puede estar registrado en el Plan por lo que para una mejor gestión de los recursos es importante que cada centro coordinador siga gestionando sus propios recursos y no en red.

En horario de apertura de centro de salud las prioridades 4-5 domiciliarias deben ser transferidas a los propios equipos EBAP para valorar la resolución del caso. Las prioridades 1-2 serán atendidas por los equipos de emergencia si es zona de cobertura. Cada área realizará la valoración de atención de prioridades 3 en función de los recursos disponibles.

3. ATENCIÓN A PACIENTES CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA

- En los centros de salud y hospitales

Se atenderá en una zona específica con medidas de separación del resto del centro.

La consulta debe tener 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 deben encontrarse 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. Debe

tener asignado un baño propio, que evite la salida de la habitación. Los contenedores de residuos tendrán apertura de tapa con pedal.

Los profesionales de la que atiendan a pacientes con síntomas respiratorios deberán contar con equipos de protección individual adecuados a normativa. Los profesionales con criterios de “trabajador especialmente sensible” frente a la infección por Covid-19 deben ser 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.

El paciente debe entrar solo y provisto de mascarilla y guantes. Si precisa ir acompañado, también se ofrecerá mascarilla al cuidador/a. 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 que no precisen 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.

En el caso de que el paciente precise la realización de pruebas complementarias (toma de muestras, analítica, radiografía) es recomendable que todo se haga en un solo acto para evitar los contactos múltiples del posible caso contagioso con el sistema sanitario.

- En atención extrahospitalaria

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 contacto. El transporte del paciente se realizará en una ambulancia con la cabina del conductor físicamente separada del área de transporte del paciente. El paciente deberá llevar colocada una mascarilla quirúrgica y se trasladará sin la presencia de ningún acompañante.

Cada valoración debe, ser tratada como posible infección por covid, con la posterior limpieza de los materiales que se usen en la atención.

4. PERSONAL

Los servicios de urgencias presentan una gran demanda asistencial, con una tendencia creciente, debiendo atender a una patología muy variada, durante 24 horas de los 365 días del año. Para ello precisan de una dotación suficiente y adecuada tanto de profesionales como de medios materiales y técnicos.

La dotación adecuada de profesionales no debe fundamentarse en profesionales que estén aún en periodo de formación vía MIR sino en plantillas estructurales que puedan dar respuesta a las eventualidades como la actual pandemia COVID-19.

Se deben adecuar las plantillas para no tener profesionales con excesos horarios anuales reiterados, sobre todo en aquellos servicios donde exista personal específico de urgencias.

Se propone la implantación de triaje enfermero en todos los puntos de urgencias de atención primaria con una presión asistencial superior a las 25000 asistencias anuales ya que podrá realizar un filtrado mejor y priorización de la asistencia. Esto probablemente requiere la contratación de personal adicional ya que no puede sumarse a las cargas asistenciales actuales.

En época de alta frecuentación aumentar los servicios de atención domiciliaria para prioridades 3-5 y así disponer de los equipos de urgencia para valoración de emergencias (prioridades 1-2)

Garantizar que todos los miembros de la cadena asistencial y todos los integrantes de los equipos de urgencias tengan una formación sanitaria asistencial adecuada en nivel y calidad aunque no sean personal propio del Servicio Andaluz de Salud.

5. MATERIAL

Todos los pacientes deberán entrar con mascarilla quirúrgica (si no la traen se le facilitará en el TRIAJE o en admisión).

Se deben colocar dispensadores de solución hidroalcohólica al alcance de todo el personal y pacientes en el centro.

Las salas de espera tendrán asientos que puedan guardar la distancia de seguridad entre pacientes y estarán debidamente señalizadas.

Hay que dotar de los medios de protección adecuados a los profesionales que desarrollen sus funciones en urgencias, y aquellos medios tecnológicos que garanticen una atención más segura (videolaringos, respiradores, ...)

Disponer de lavandería para la limpieza de la uniformidad, así como un número adecuado de uniformes o pijamas o batas para garantizar el circuito de limpieza de los mismos. Zonas de vestuarios con entrada “sucia con los uniformes” y otra zona de salida, “limpia ropa de calle.”

Proporcionar los dispositivos electrónicos de acceso a la historia de salud digital (tablets) necesarias para la cumplimentación de la historia clínica de movilidad. Es imprescindible que se asuma todo el control del desarrollo de dicha aplicación desde STIC del Servicio Andaluz de Salud y no desde EPES como hasta ahora. Más de un 80% de los registros son realizados por los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) y menos de un 20% por EPES.

En las últimas actualizaciones de protocolos del Ministerio de Sanidad se detalla la posibilidad de garantizar la realización de pruebas de detección en las primeras 24 horas por lo que se deben articular los mecanismos necesarios para que se puedan realizar independientemente de si el paciente ha sido valorado en urgencias.

Todos los habitáculos de los centros deben ventilarse adecuadamente durante la jornada laboral. Deben existir materiales disponibles para la desinfección y se debe reforzar el servicio de limpieza y desinfección de todo el centro.

6. COORDINACIÓN

En el momento en que se le asigna una asistencia a un equipo extrahospitalario o de atención continuada de un caso sospechoso de infección por SARS-CoV-2 es importante establecer una correcta planificación. Se requiere una valoración más exhaustiva de las necesidades del paciente para establecer si es una urgencia vital o una valoración médica ya que el equipo podría planificar la entrada al domicilio del médico con o sin el resto del equipo. Si no se puede garantizar esta valoración por parte de los centros coordinadores podrían facilitar el contacto del paciente para planificar dicha asistencia siempre y cuando no se trate de una urgencia vital.

Es momento también de realizar una revisión de la efectividad, eficacia y eficiencia de la coordinación en red, la comunicación entre centros coordinadores y centros asistenciales, especialmente, los puntos de urgencias en atención primaria y sus equipos con las urgencias del hospital de referencia. También podrían revisarse las clasificaciones de prioridades y grupos de patologías asociados así como los equipos que se asocian a cada una de ellas.

Por último, se debe realizar una actualización de los sistemas informáticos disponibles, que permitan un acceso más rápido de información cruzada entre equipos móviles de atención primaria, centros de coordinación y las urgencias hospitalarias, mejorando así la seguridad del paciente y de los profesionales durante la asistencia.