

## PROPUESTA DESESCALADA SEMG Madrid

### Introducción

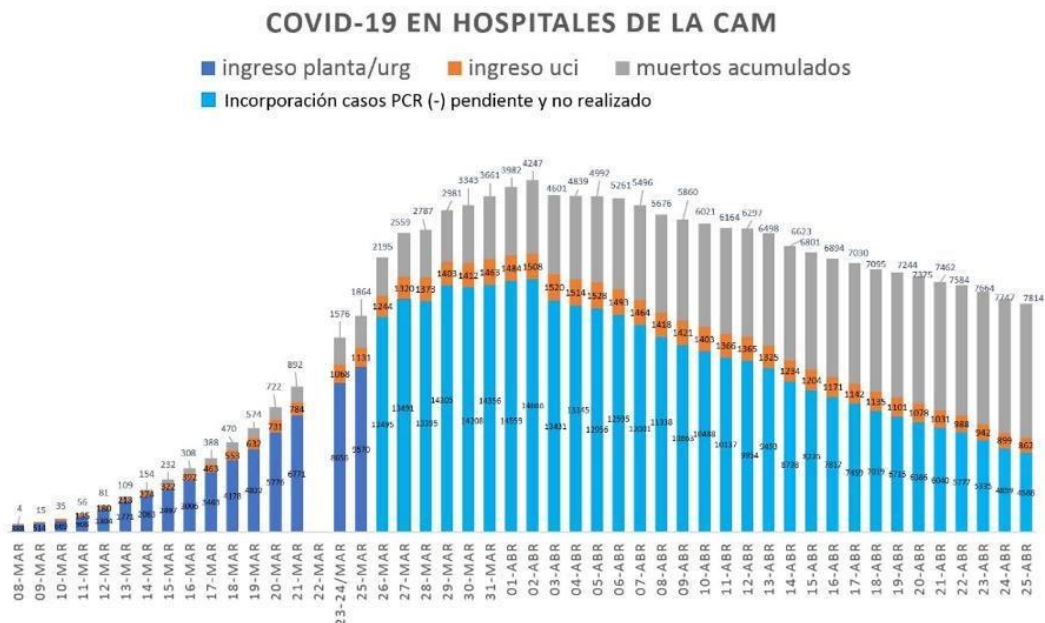
La COVID-19 es una enfermedad causada por SARSCoV-2 (coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo 2), un coronavirus que se detectó por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, en China. Este brote inicial en Wuhan se extendió rápidamente, afectando otras áreas de China y luego a otros países que llevaron a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarará la pandemia mundial el día 11 Marzo

En España, el primer caso de COVID-19 se detectó a finales del mes de Enero y desde entonces, el número de infecciones ha aumentado dramáticamente de forma progresiva y de alta velocidad que dio lugar a una crisis de salud sin precedentes que requerían la adopción de medidas excepcionales con miras a proteger la salud y la seguridad de la ciudadanía, contener el progreso de enfermedad y mitigar el impacto en la salud.

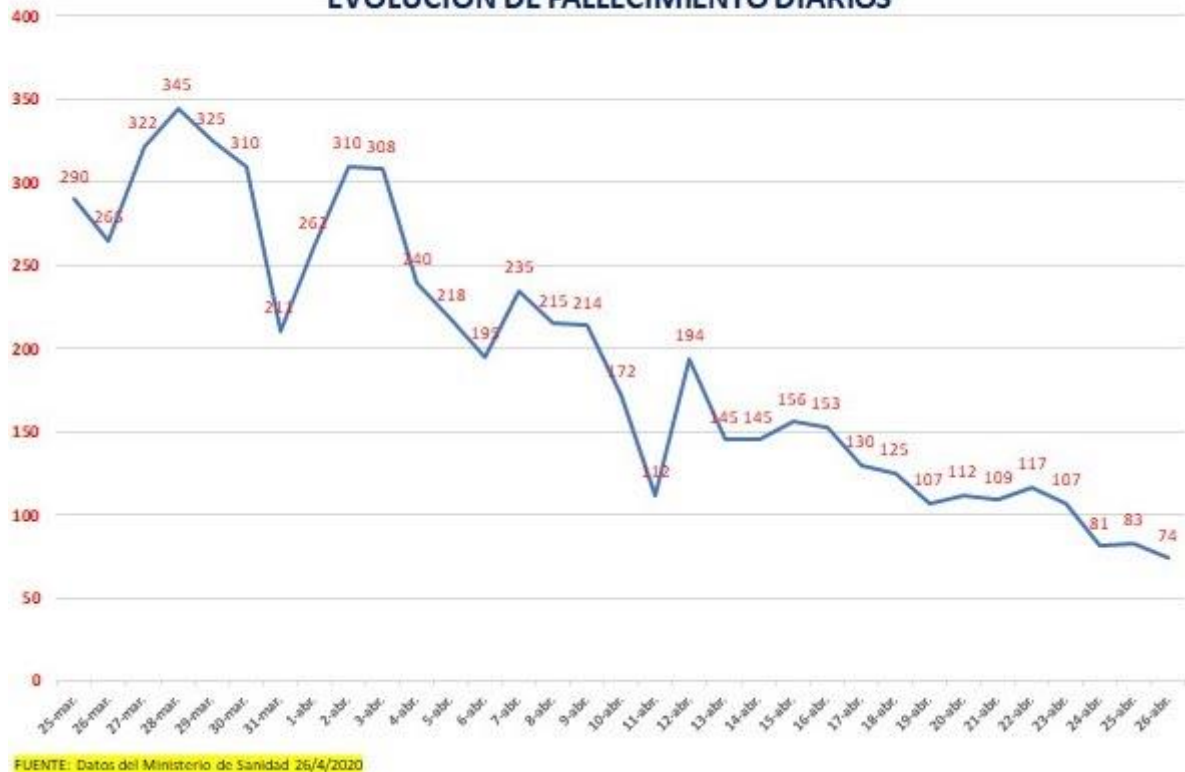
Para este fin, el pasado 14 de Marzo el Gobierno procedió a la declaración del estado de alarma en España que posteriormente, se ha extendido en tres ocasiones (actualmente está oficialmente extendido hasta el 9 de mayo).

Desde el comienzo de la epidemia hasta el 20 de abril, se han reportado más de 2 millones casos de COVID-19 en todo el mundo (160,000 muertes) de los cuales 204,178 corresponden a España (con 21,282 muertes).

En la Comunidad de Madrid la situación ha sido todavía peor, convirtiéndonos en la Comunidad con las peores cifras de afectados y fallecidos de todo el país e incluso de toda Europa.



### MUERTES COVID-19 EN COMUNIDAD MADRID EVOLUCION DE FALLECIMIENTO DIARIOS



Pero el principal problema es el “olvido” de la Atención Primaria y su participación en la gestión de la pandemia, tanto desde el punto del diagnóstico (según nuestro Consejero, más de 330000 pacientes han sido diagnosticados de sospecha e infección, más de 500.000 según la estimación de SEMG Madrid) ante la ausencia de acceso a los test diagnósticos o a pruebas complementarias necesarias (analítica, radiología...) como en el tratamiento, centrado en los hospitales.

Todo ello ha generado una respuesta de los Centros de Salud poco homogénea, pero con un gran sacrificio de los profesionales y una implicación difícil de mantener en el tiempo, con pérdidas de profesionales por la propia enfermedad, la integración en el Hospital de Campaña de IFEMA y el aumento de la jornada laboral a festivos. Esta respuesta ha cambiado la forma de actuación de los Centros de Salud, con mejoras que deben ser aprovechadas y limitaciones que deben ser corregidas para garantizar la atención a los pacientes, con o sin Covid19, en especial en un proceso planificado de desescalado que permita la adaptación del funcionamiento de la Atención Primaria madrileña y su desarrollo permitiendo aplicar reformas necesarias e imprescindibles.

En la Sociedad Madrileña de Médicos Generales y de Familia, SEMG Madrid, somos conscientes, desde el inicio de la pandemia por Covid19, que la Atención Primaria debería haber sido, y es, el primer nivel asistencial del cribado poblacional de la infección y del control y seguimiento de los pacientes infectados, dadas sus características de cercanía, accesibilidad, longitudinalidad y transversalidad.

Somos conscientes del incremento de trabajo, y del cambio en la manera de trabajar, que la pandemia y el desescalado de la misma va a suponer en la Atención Primaria y

por eso queremos realizar una propuesta de actuación que permita mantener unos criterios comunes, garantizando la autogestión efectiva de los Centros de Salud y de los profesionales que los integran

La Atención Primaria Madrileña con anterioridad a la emergencia sanitaria producida por el virus SARS-Cov2, se encontraba ya en una situación CRÍTICA, con una enorme sobrecarga causada por unas malas condiciones laborales que ocasionaba el abandono de este nivel asistencial por parte de muchos profesionales y la no incorporación a la misma por parte de los nuevos residentes formados en Madrid, que preferían emigrar a otros países o bien a otros niveles asistenciales tanto públicos como privados, ocasionando múltiples vacantes por plazas sin cubrir.

ES IMPOSIBLE AFRONTAR estas nuevas tareas e incluso las tareas que ya teníamos que asumir, con la deficiencia de recursos humanos de la que partimos y que se verá incrementada con las nuevas situaciones que ya se dan en numerosos profesionales de riesgo, con adaptación de puestos de trabajo, y las que se van a dar de nuevas jubilaciones, sin que se hagan cambios en la organización de los centros y un incremento en la dotación presupuestaria, como desde SEMG Madrid se ha reclamado en las entrevistas mantenidas con el Consejero de Sanidad y la Gerente Asistencial de Atención Primaria

### **Objetivos:**

- Garantizar la seguridad de profesionales y usuarios del centro
- Responder al momento de pandemia sin sobrecargar la asistencia presencial
- Reorganizar los esfuerzos y las competencias de cada estamento del centro de salud.
- Mantener el triaje
- Utilizar las nuevas herramientas virtuales para la coordinación asistencial: e-consulta, e-mail corporativo...
- Fomentar la educación sanitaria y el autocuidado en la población a la que asistimos

### **Propuestas Previas**

Para la recuperación de la actividad asistencial y dada la nueva situación con la que nos enfrentamos consideramos imprescindible:

- Garantizar la protección de los profesionales en todo tipo de atención y en especial ante la sospecha de infección por COVID disponiendo de EPI con los materiales necesarios y perfectamente homologados., siguiendo, por ejemplo, el documento de recomendaciones de los odontólogos, que para cualquier exploración de la cavidad oral se necesita protección ya que no se puede descartar que sean Covid19 en periodo asintomático
- Desinfección completa del centro al menos 1 vez al día y según protocolo de las salas contaminadas y cuando sea necesario de forma extraordinaria.
- Garantizar la recogida de residuos rápida y adecuada

- Mantener un sistema ágil de lavandería.
- Mantener equipo de atención domiciliaria o coche para desplazamiento a domicilios de posibles casos.
- Mantener la protección en la población disponiendo en los centros de mascarillas, guantes, gel desinfectante..., con obligación de su uso
- Acceso a la detección precoz de casos: ante la sospecha de infección por COVID, realización de PCR inicial, aislamiento precoz y consejos a los convivientes.
- Acceso a la realización de Test rápidos de Anticuerpos, que permita saber que profesionales están en riesgo y que pacientes de riesgo no han estado en contacto con el Sars-Cov-2

### **Propuestas de Desescalada en AP**

Hay 10 puntos básicos fundamentales sin los cuales no se puede hacer una desescalada progresiva y programada sin que se ponga en peligro la salud de la población y del personal sanitario:

#### 1.- Organización de la demanda y reorganización de agenda, garantizando el aumento del tiempo para cada cita

- Dotación de recursos humanos suficientes: administrativos, celadores, auxiliar clínica, que controlen la entrada al CS, regulando los flujos de entrada y salida, facilitando el uso de mascarillas, lavado manos, guantes, evitando colas de espera y haciendo respetar la distancia mínima de seguridad de 2 metros
- Dotación de profesionales sanitarios suficiente y adecuada a la nueva situación, reforzando la plantilla actual precaria de forma crónica
- Reiniciar la actividad y el seguimiento de los pacientes crónicos, garantizando la distancia de separación y adecuando el número de citados para evitar contagios o contactos con pacientes sospechosos COVID 19
- Reintroducir las consultas de manera progresiva, asegurando las medidas de higiene, priorizando las consultas que requieren mayor urgencia. Intentar que las citas entre pacientes estén más espaciadas evitando que se acumulen pacientes en las salas de espera en el centro de salud
- Disminuir el número de pacientes citados tanto presencial como telefónicamente Máximo 10 pacientes presenciales, 15 minutos x paciente. Y un máximo de 15 no presenciales x 8 min/paciente (máximo 4,5 horas consulta

- Reiniciar el resto de las actividades de las unidades de apoyo, matronas, fisioterapeutas, odontólogos con las correctas garantías, de forma progresiva, y manteniendo la forma no presencial, siempre que sea posible. Sería conveniente reiniciar fisioterapia en aquellas personas con IT y pendientes de la misma
- **Reforzar las plantillas además de** suplir todas las ausencias cubrir todas las bajas de los centros con contratos a los nuevos especialistas que salen en mayo, tanto las consultas de riesgo como las IT de larga duración.
- Control de las IT exclusivo por el profesional que atienda al paciente, no por los servicios de prevención de riesgos laborales
- Dotación de IT Web a los Médicos de Atención Hospitalaria para proceder a la baja laboral de pacientes ingresados. El alta de un proceso que es seguido por AH debería ser realizada por el especialista correspondiente (Fx, IQ, RHB)
- Disminución de la burocracia en AP: repetición de recetas, petición de IC de seguimiento, informes, bajas, partes de confirmación, altas, aprovechando como ejemplo los cambios realizados por la pandemia en la IT para todos los procedimientos administrativos que puedan realizarse sin la presencia física del paciente.
- Control de las IT exclusivo por el profesional que atienda al paciente, no por los servicios de prevención de riesgos laborales.
- Es necesaria una **mayor flexibilidad en las agendas**, y el método de programación actual es rígido y complicado. En un CS grande se precisa de un administrativo capacitado para poder dedicarse a su programación-apertura-cierre en dedicación exclusiva, y más si se mantienen turnos de facultativos por persistir necesariamente los equipos de contención. Las actividades del centro de salud serán:
  - Área de respiratorios (sospecha de Covid19): no demorable visto en el día desde triaje
  - Área de no respiratorio subdividida en:
    - Presencial en el Centro de Salud, subdividida a su vez desde triaje en:
      - No demorable vista en el día desde triaje
      - Demorable que se pasara a comunicación de su profesional para que se ponga en contacto y le cite según agenda
  - Telefónica el paciente solicita cita y es el profesional el que valora
  - Administrativa: IT (entrega de documentos), informes etc. que se darán en triaje

## 2.- Mantener los dos circuitos de entrada diferenciados:

- Circuito de sospecha COVID
  - Mantener la consulta de respiratorio en zona aislada, no demorable, vista en el día y de forma aislada y protegida tanto para adultos como para niños, lo que conlleva limpieza exhaustiva y profunda 2 veces al día de dicha área con los desinfectantes adecuados y personal de limpieza formado y protegido.
  - Los profesionales estarán protegidos con EPIS completos, subdivididos en consulta de enfermería (analíticas pacientes infectados, administración de fármacos, oxígeno, pruebas diagnósticas o terapéuticas y consulta médica que deberá estar dotada de termómetro digital (no precisa contacto con el paciente), pulsioximetría y fonendo, el número de consultas se adaptará al tamaño del centro y al total de la población asistida
- Circuito otras patologías (Consultas no demorables no respiratorias)
  - **Mantener la separación de la zona de respiratorio**
  - Definir todas las patologías o síntomas que deben atenderse en esta zona
  - Se distribuirán desde el triaje pasando por la UAU del centro citándolos con su médico, enfermera o estamento que pueda resolver la demanda no demorable

## 3.- Disponer en Atención Primaria de los medios diagnósticos precisos.

- Acceso a radiografía de tórax en agenda urgente y programada que permita el seguimiento al alta de todos los Centros de Salud con informe de Radiología
- Acceso a TAC torácico en pacientes con Covid19 de todos los Centros de Salud con informe de Radiología.
- Acceso a analítica a todas las pruebas contempladas en el Catálogo de pruebas diagnósticas, añadiendo Dímero D, Troponinas, CK, Pro-BNP y Elisa de IgM e IgG de SARS-Cov2
- Acceso a Test PCR en pacientes sintomáticos y a Test IgM e IgG en pacientes con PCR positivo.

## 4.- Triage como herramienta básica

**Mantener el TRIAJE a la entrada de los centros según protocolo establecido en cada centro de salud por el estamento más apropiado (enfermería, auxiliar administrativo...)**

- TRIAJE TELEFONICO: La idea básica es que sólo acudan al Centro de Salud las consultas presenciales que sean precisas y siempre previa valoración telefónica salvo la solicitud presencial urgente. Inicialmente será la Unidad de Atención al Usuario y a continuación, si fuera preciso, será un clínico el que realice el triaje, todo ello con el objetivo de que en las consultas presenciales no exista ningún tipo de aglomeración.

El área administrativa que recibe las llamadas las distribuirá dependiendo que sea, burocrática o clínica, y urgente o no urgente. Todo lo burocrático, y lo clínico no urgente se citará telefónicamente con el profesional adecuado. Lo urgente será valorado por un clínico: médico o enfermera en el mismo momento para decidir qué tipo de atención se le prestará.

- **TRIAJE PRESENCIAL:** Se seguirá el criterio de que al Centro de Salud o PAC acudan espontáneamente sin cita previa el menor número posible de paciente.

Se realizará el triaje a la entrada del Centro de Salud por el personal adecuado (UAU o enfermería) a los pacientes que acudan espontáneamente. Una vez valorado se decidirá si precisa consulta presencial y en que circuito debe ser atendido o bien si se puede solucionar su consulta en ese momento en el centro de salud o desde el domicilio telefónicamente. Los pacientes que accedan al centro lo harán con mascarilla y respetando las normas de distanciamiento e higiene de manos.

#### 5.- Organizar la atención urgente y la demanda no programada

- Consultas demorables serán citadas en unidad administrativa como telefónica y el profesional llamará para concertar cita según la demanda. La agenda telefónica que no sea urgente también puede ser demorable.
- **ADECUAR AGENDAS** a las distintas actividades que se realizan
- **Reactivar el CONTROL PACIENTES CRÓNICOS:**
  - Priorizar el seguimiento de los pacientes en función de nivel de intervención, dando a los de nivel alto mayor prioridad para las consultas programadas, CITADOS POR PROFESIONAL SANITARIO MÉDICO O ENFERMERA
  - Solicitar analítica control y otras pruebas complementarias si se considera cada patología concreta y facilitar que la enfermera pueda valorar los resultados: si bien controlado, seguir igual y programar control. En caso de mal control, programar cita con MAP

#### 6.- Primar la seguridad del profesional y del usuario en la atención presencial.

- Garantizar la separación entre pacientes en salas de espera, cancelando parte de los s asientos actuales
- **Separación mínima entre consultas**
- Mantener en los Centros de Salud las zonas de aislamiento.

#### 7.- Potenciación de las nuevas tecnologías para evitar tareas y accesos innecesarios.

- Modificar las agendas adecuándolas a las nuevas formas de atención: presencial, telefónica, por e-mail, e- consultas, domiciliaria.

- Potenciar la E-Consulta, abriéndola a todos los Hospitales, no solo al de referencia, facilitando el acceso de los pacientes a unidades cerradas en los Hospitales (Unidades del Dolor, Unidades especiales...).
- Actualizar HORUS permitiendo ver la información de las consultas externas de los hospitales, no solo los informes cerrados.
- Unificar el envío de los resultados de los test PCR, evitando su multiplicación de mensajes.
- Utilizar los móviles enviados a los Centros de Salud para la realización de videoconferencias con los pacientes, dotándoles de datos.
- Difundir el uso de Zoom por los Centros de Salud para favorecer el contacto con los Hospitales, así como a la autoformación en los centros.
- Dar de alta a los profesionales sanitarios de AP a los programas HCIS de sus hospitales de referencia (como sucede con el acceso a SELENE) para poder consultar la historia del paciente.
- Dar acceso a AP Madrid a los profesionales hospitalarios de referencia de pacientes crónicos de nivel de intervención alto.
- Potenciar y difundir el uso de la ecografía pulmonar en AP para la valoración de los pacientes con afectación del Covid19
- Disponer de Tablets como los del ESAPD para poder utilizar AP Madrid en la atención domiciliaria.
- Disponer de termómetros laser que no precisan el contacto con el paciente para la determinación de la temperatura del paciente.
- Mejorar la capacidad de resolución de la AP facilitando el acceso a pruebas diagnósticas.

8.- Potenciar la intervención de Atención Primaria en el abordaje de la pandemia del SARS-CoV-2.

- **TEST MASIVOS A LA POBLACIÓN Y AL PERSONAL SANITARIO** para aislar a los posibles portadores asintomáticos. (POBLACION MINIMO A LOS SINTOMÁTICOS y TODOS SUS CONTACTOS **Colaboración en la realización de los Test y estudios de contactos**)
- **Detección precoz de casos: ante la sospecha de infección por COVID, realización de PCR inicial, aislamiento precoz y consejos a los convivientes.** Todos los profesionales PCR + a casa y estudio de sus familias y contactos la vuelta obligatoria con PCR negativa
- **En convivientes: si síntomas, realizar PCR, y al final del periodo de aislamiento del caso**
- **Test rápido de Ac totales a los convivientes asintomáticos**



- **Cierre de procesos de pacientes “curados” para un correcto seguimiento epidemiológico.**
- Nuevos casos recogida de muestras y estudio de contactos con realización de PCR en el Centro de Salud.
- Los Test deberían ser rastreables es decir saber qué servicio de microbiología los realiza para poder hacer el seguimiento de estos normalmente en un día o dos sabiendo el servicio tenemos los resultados
- **CONSIDERACIÓN ESPECIAL: DESDE MUCHOS COLECTIVOS PROFESIONALES SE RECLAMA LA POSIBILIDAD DE TTO DE LA PATOLOGÍA COVID19 EN ESTADIOS INICIALES Y EL CONTROL DE ESTE POR PARTE DE AP. LOS ÚLTIMOS PROTOCOLOS INTERNACIONALES YA LO RECOMIENDAN, SOBRETUDO EN CASO DE PRESENTAR PATOLOGÍAS DE RIESGO, AUNQUE SU SINTOMATOLOGÍA SEA LEVE**

9.- Mejorar la continuidad asistencial mediante una mejor coordinación AP-AH.

- Seguimiento al alta coordinado con AH mediante e-consulta de los pacientes que lo precisen
- Protocolo claro de seguimiento clínico y serológico, compartido con el hospital de referencia en el que participen profesionales de Atención Primaria y especializada, de pacientes COVID positivos ya tratados o dados de alta hospitalaria.
- Disponer de un servicio o consulta de referencia que garantice la continuidad del seguimiento entre los dos niveles evitando pruebas o desplazamientos innecesarios del paciente,
- Citación de seguimiento al alta, directamente desde Atención hospitalaria si se considera necesario.
- Agendas con posibilidad de citas, analíticas, Rx
- Mantener circuitos para Radiología y extracciones aislados de zonas comunes.
- Circuito para Rx urgente informada siempre.
- Disminuir la burocracia para facilitar al paciente la recuperación de las citas anuladas a través de la unidad de atención al usuario de AH, nunca volver a ser tramitadas o devueltas a AP tanto de revisiones como primeras consultas, y todas las pruebas diagnósticas anuladas.
- Asegurar que vuelva a funcionar el circuito de pacientes VPE
- Los volantes que genere el hospital para analítica que se realicen en el hospital y que solo se hagan a domicilio o en su Centro de Salud.

aquellos que por su edad o especiales condiciones no puedan ir al hospital.

- Realizar cambios en el sistema informático que permitan descentralizar la prolongación de tratamientos y solucionar problemas de recetas.

10.- Potenciar la eficiencia y autogestión de los Centros de Salud.

- UNIFICACIÓN DE CRITERIOS EN TODAS LAS DIRECCIONES ASISTENCIALES: es necesario evitar confusiones, duplicidades, órdenes contradictorias, etc.
- Los centros de salud tienen cada uno sus características y van a depender de su situación en cada momento, siendo necesario el funcionamiento de la Dirección Asistencial como apoyo al centro y no como transmisor de instrucciones generales
- Petición de material y suministro igual en todos los Centros de Salud
- Con el fin de optimizar, EPI y dado la baja frecuentación que tenemos en los últimos días de pacientes respiratorios, se debería de establecer una agenda a demanda, tanto telefónica como por internet, para que los pacientes con síntomas respiratorios se pueden citar en ella, indicando a los usuarios que independientemente de la agenda en que se cite, a la entrada del centro se le va dirigir a esta consulta si tiene síntomas respiratorios y no será visto en otra consulta.
- Debe potenciarse la atención domiciliaria de pacientes ancianos que antes frecuentaban nuestras consultas, anticipándonos a sus consultas presenciales, realizando las revisiones y seguimientos que precisen en su domicilio, siguiendo la recomendación de no acudir al centro salvo imponderables, aprovechando la disponibilidad de las enfermeras y su orientación al abordaje de los cuidados

### **Conclusiones:**

Mientras persista la epidemia del virus Covid 19, la atención a nuestros pacientes en los centros de salud tiene que contar con dos premisas fundamentales:

- Proteger a nuestros pacientes de posibles contagios dentro del centro de salud y en nuestras consultas, salas de esperas etc.
- Proteger a los profesionales de posibles contagios tanto en el centro de salud como en los domicilios. Debe tenerse en cuenta de la existencia de profesionales que tienen una mayor vulnerabilidad y riesgo en el caso de posible infección por Covid19, lo que aconseja que no tengan contacto con pacientes con infección por virus Covid- 19 activa, sospechosos de tenerla o que no esté claro que la puedan tener

Independientemente del escenario que se considere, han de implementarse medidas técnicas y organizativas básicas que permitan agilizar, desburocratizar y cambiar el modelo existente de AP y que se han venido solicitando desde hace años por las SSCC de AP. Actualmente, debido a la pandemia por COVID19, estas medidas precisan ser implementadas de forma urgente, pero las inversiones que se realicen serán rentables a corto plazo, incluso lo están siendo ya: sin la consulta telefónica no se habría podido llevar a cabo una contención efectiva de la pandemia, ya que han evitado la asistencia masiva de usuarios a las urgencias hospitalarias con la consiguiente congestión de las mismas y el aumento de los contagios.

Las consultas telefónicas han venido para quedarse, así como el teletrabajo y la telemedicina. Posiblemente esta pandemia cambie la forma en la que se entendía la atención sanitaria, y probablemente también las formas de relación social, garantizando el tiempo necesario para esta asistencia

La AP ha demostrado su potencial como *entrada al sistema sanitario*, efectuando un primer triaje de pacientes tanto afectados como sospechosos de padecer patologías por COVID19 y, a la vez, atendiendo la patología crónica o aguda por otras causas que se ha seguido produciendo. Esto ha sido llevado a cabo por los profesionales de AP, con falta de suficiente protección y de directrices claras y concisas, ya que se necesitaba ir aprendiendo y corrigiendo sobre la marcha. Sufriendo además una catarata de directrices administrativas respecto a los procesos de IT que han supuesto realmente una gran sobrecarga laboral y mental.

Hemos de aprender a convivir con el SARS COV-2 hasta que la pandemia vaya disminuyendo y se considere superada, y de momento no puede predecirse cuándo se producirá este acontecimiento.

Por todo ello, por necesidad, pero también por hacer de la necesidad una virtud, se han de acometer los cambios estructurales, técnicos, organizativos y de RRHH NECESARIOS, de forma que se produzca de la mejor manera la transición hacia la normalidad que todos deseamos.

Desde SEMG Madrid ofrecemos nuestra colaboración y conocimiento de la situación de la AP para llevar a cabo las medidas necesarias para que la desescalada paulatina se realice de la mejor forma posible.