



Procedimiento de actuación y propuesta de cambios organizativos de la Atención Primaria para escenario de transmisión comunitaria de infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) en Asturias

Actualizado a 17 de marzo de 2020. (Versión 1.1. se plantea escenario de restricción de visita domiciliaria)

Documento vinculado: *Procedimiento de atención y seguimiento domiciliario de casos confirmados por SARS-CoV-2 (COVID-019)*

Actualizaciones relacionadas:

Manejo en Atención Primaria del COVID-19. Ministerio de Sanidad. Versión 17 de marzo de 2020.

Procedimiento de actuación frente a enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19). Ministerio de Sanidad. Versión 15 de marzo de 2020.

Procedimientos de actuación frente al COVID-19 en Asturias. Protocolo general Consejería de Salud. Versión 15 de marzo de 2020.

Índice

[Introducción](#)

[1.1. Definición de casos de infección por el nuevo coronavirus \(SARS-CoV-2\)](#)

[1.2. Registro de casos](#)

[Puntos de partida para la reorganización asistencial](#)

[2.1. Objetivos](#)

[2.2. Reorganización de la red asistencial de atención primaria](#)

[2.3. Suspensión de actividad demorable](#)

[2.3. Priorización de la Atención Telefónica](#)

[Estrategias de organización interna y asignación de funciones](#)

[Propuesta organizativa de triaje a la entrada del centro](#)

[4.1. Mesa de triaje en acceso al centro:](#)

[4.2. Procedimiento de triaje en EAP](#)

[Circuito y área específica de atención de casos respiratorios](#)

[5.1. Espacio y consulta de atención a “casos respiratorios”](#)

[5.2. Procedimiento ante caso clasificado como caso posible](#)

[5.3. Caso detectado en consulta no específica:](#)

[5.4. Consulta telefónica de caso posible](#)

[Atención domiciliaria](#)

[Identificación de contacto](#)

[Seguimiento del aislamiento domiciliario](#)

1. Procedimiento de actuación en Atención Primaria

En este documento se plantea una **propuesta organizativa general**, orientada sobre todo a dispositivos asistenciales de Atención Primaria de zonas básicas de salud urbanas o semiurbanas. No obstante, cada Área Sanitaria tiene capacidad para adaptar las propuestas al ámbito local, dando autonomía a cada EAP o equipos de PACs para establecer modelos orientados a su territorio, su población y el contexto epidemiológico local.

Las recomendaciones de este documento proceden de otros publicados por la Consejería de Salud y el Servicio de Salud del Principado de Asturias, así como del documento *Manejo en atención primaria de pacientes con COVID-19 del Ministerio de Sanidad (9 de marzo de 2020)*, **con algunos cambios según el contexto de nuestra Comunidad Autónoma**. Asimismo, estas recomendaciones **pueden ser adaptadas** si las circunstancias locales o las características de los dispositivos asistenciales así lo aconsejan.

1.1. Documentación complementaria

En la [página web Astursalud](#) se pueden consultar otros documentos relacionados, que están en revisión permanente en función de la evolución y la información de la que se dispone en cada momento. Se procura especificar los cambios en cada actualización:

- 1) Procedimientos de actuación frente al COVID en Asturias. Protocolo general. (15/3/2020).

- 2) Procedimiento de atención y seguimiento domiciliario de casos confirmados por SARS-CoV-2 (COVID-19) (16/3/2020).

1.2. Recomendaciones generales

- Colocar **información visual** (carteles, folletos, etc) **en lugares estratégicos de los centros de salud**, para proporcionar a la población recomendaciones generales para reducir la transmisión, reconocer síntomas y utilizar los servicios sanitarios. Se pueden encontrar en la [página web Astursalud](#) y en la del [Ministerio de Sanidad](#).
- Reorientación asistencial, **suspendiendo atención demorable** y orientando funciones hacia la **atención telefónica y domiciliaria**.
- Si la estructura del centro lo permite, de establecer una **mesa de triaje a la entrada del centro** y un **espacio específico** para atención a pacientes con síntomas de infección respiratoria aguda (tos, fiebre o disnea).
- En el espacio dedicado al *circuito respiratorio*, se dispondrá de al menos una **consulta específica**. Es necesario que todo el personal del centro conozca su existencia y localización.
 - Esta sala contará con material desechable, y protecciones plásticas para aquellas partes de los equipos en contacto con los pacientes. Se evitará tener material a la vista, permaneciendo todo guardado.
 - Cerca de la puerta de dicha sala deben encontrarse los **equipos de protección** necesarios para entrar en ella, un **contenedor de riesgo biológico** para desecharlos, y **dispensador de soluciones hidroalcohólicas dentro y fuera**, para higiene de manos.
- Aquellos pacientes detectados en el triaje de entrada con síntomas de **infección respiratoria aguda** recibirán una **mascarilla quirúrgica** y se les aplicará **solución para lavado de manos**. **Mantendrán la mascarilla colocada** hasta que salgan del centro o lleguen a su domicilio, si precisan aislamiento.
- Se debe disponer de **dispensadores con solución hidroalcohólica** en todas las consultas, y contenedores de residuos, con tapa de apertura con pedal, para la eliminación de los residuos generados.
- El responsable del almacén se asegurará de que existe **material de protección suficiente** para la atención de las personas y sus posibles acompañantes y de los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan en la zona de salud.

1.3. Definición de casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2)

En un **escenario de transmisión comunitaria** la definición de caso se modifica, eliminando los criterios epidemiológicos, y quedando solamente el criterio clínico. **En Atención Primaria** desaparece la clasificación de **caso en investigación**, y se establece la de **caso posible**:

Caso posible:

Cualquier persona con un cuadro clínico compatible con **infección respiratoria aguda** (inicio súbito de cualquiera de los siguientes síntomas: tos, fiebre, disnea) **de cualquier gravedad**.

En ese contexto:

- **No será necesario llevar a cabo diagnóstico de laboratorio a aquellos casos de infección respiratoria leve.** Aquellas personas que cumplan el criterio clínico establecido en la definición quedarán clasificados como **casos posibles**, y deberán guardar **aislamiento domiciliario**¹.
- En pacientes en aislamiento domiciliario, **no se realizará pruebas diagnósticas para el alta; el profesional sanitario asistencial que realice su seguimiento** indicará el momento del alta. La recomendación general será permanecer en aislamiento 14 días desde el inicio de los síntomas, **siempre que el cuadro clínico se haya resuelto.**
- Para el **seguimiento de contactos** podrá establecerse una **vigilancia pasiva** (estarán atentos a la aparición de síntomas respiratorios y si es el caso, informarán a su profesional sanitario de referencia o su centro de salud, vía telefónica).

1.4. Registro de casos

Los médicos de los Equipos de Atención Primaria (EAP), Servicios de Atención Continuada (SAC) y Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) registrarán cada caso posible que sigan como un episodio específico de OMI-AP, que debería incluir la fecha de inicio de síntomas y la fecha del alta en su parte descriptiva.

Codificación actual CIAP-2

1. Caso probable/confirmado: CIAP-2 A77.08 COVID-19: CASO POSIBLE/CONFIRMADO
2. Contactos estrechos en situación de vigilancia activa: CIAP-2 A23.19_Contacto/exposición a otras enfermedades víricas transmisibles.

El Equipo gestor de Casos se responsabilizará de enviar diariamente un listado de los episodios abiertos de casos posibles de COVID-19 en OMI-AP, con datos epidemiológicos básicos, al Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Los datos básicos a comunicar incluirán: la identificación del centro, fecha del episodio (fecha de 1ª consulta), Código del episodio (OMI-AP), descriptivo del episodio, sexo, fecha de nacimiento, localidad de residencia.

1.5. Medidas dirigidas a la prevención y control de infección

Las medidas dirigidas a la prevención y control de la infección se adaptan del documento '*Procedimientos de actuación frente al COVID-19 en Asturias. Protocolo general (15/03/2020)*', accesible en la [página web Astursalud](#). Sigue las recomendaciones y las precauciones establecidas para el manejo de los pacientes en investigación, probables o confirmados: **precauciones estándar, precauciones de contacto y precauciones de transmisión por gotas** y, si se van a producir **aerosoles, precauciones de transmisión aérea.**

¹Fuera del contexto hospitalario, la indicación de realización de test diagnóstico será: *Personas con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de cualquier gravedad que pertenezca a alguno de los siguientes grupos: (a) personal sanitario y sociosanitario, (b) otros servicios esenciales.*

Se podrá **considerar en otras situaciones particulares**, como:

- Personas especialmente vulnerables que presenten un cuadro clínico de infección respiratoria aguda, independientemente de su gravedad, tras una valoración clínica individualizada.
- Agrupaciones de casos de infección respiratoria aguda, independientemente de su gravedad, de especial relevancia epidemiológica, como en instituciones cerradas.

En la medida de lo posible, se debe limitar el número de trabajadores sanitarios encargados de la atención a los casos probables o confirmados, con el fin de reducir los riesgos de transmisión.

Se debe evitar la exposición de trabajadores sanitarios que presenten condiciones que puedan suponer un mayor riesgo de enfermedad grave.

El personal que atienda a casos posibles o confirmados para infección por SARS-CoV-2 o las personas que entren en la estancia de aislamiento **deben llevar la el Equipo de Protección Individual (EPI) que se determine según el riesgo**, para la **prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto**.

El **EPI** se colocará antes de entrar en estancia o consulta donde está el paciente. Una vez finalizada la actividad con el paciente, el EPI se eliminará dentro de la consulta, excepto la protección respiratoria, que se retirará fuera de la misma. Se debe cumplir una estricta higiene de manos antes y después del contacto con el paciente y del uso del EPI. En la [web Astursalud](#) se puede acceder a procedimiento de colocación y retirada de EPI.

Se debe realizar la **limpieza y desinfección de las superficies** con las que ha estado en contacto el paciente y/o sus secreciones. La limpieza y desinfección se realizará con un desinfectante incluido en la política de limpieza y desinfección del centro sanitario. Estos virus se inactivan tras 5 minutos de contacto con desinfectantes de uso por el público en general, como la lejía o con una solución de hipoclorito sódico que contenga 1000 ppm de cloro activo (dilución 1:50 de una lejía con concentración 40-50 gr/litro preparada recientemente). El personal de limpieza utilizará el **equipo de protección individual adecuado** dependiendo del nivel de riesgo que se considere en cada situación.

Se deben seguir los **protocolos de descontaminación, mantenimiento y eliminación de residuos** utilizados habitualmente para otro tipo de microorganismos con el riesgo de propagación y mecanismo de transmisión similar. Los residuos se consideran residuos de Clase III o como residuos Biosanitarios Especiales (se considerarán como residuo Biosanitario Especial del Grupo 3, similar a la tuberculosis).

1.6. Identificación y manejo de contactos

Se considerará como **contacto estrecho** de casos posibles, probables o confirmados a:

- Cualquier persona que haya **proporcionado cuidados** mientras el caso presentaba síntomas: trabajadores sanitarios que no han utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar;
- Convivientes, familiares y personas que hayan estado **en el mismo lugar que un caso** mientras el caso presentaba síntomas a una **distancia menor de 2 metros** durante un tiempo de **al menos 15 minutos**.

Cualquier persona asintomática que cumpla la definición de contacto estrecho deberá, como medida general, estar en **cuarentena domiciliaria** durante 14 días. Se realizará **vigilancia pasiva** (autovigilancia y notificación de incidencias). La autoridad sanitaria podrá valorar situaciones individuales que requieran otro tipo de recomendación. Si durante los 14 días posteriores a la exposición el contacto desarrollara fiebre o síntomas respiratorios, y la situación clínica lo permite, deberá hacer autoaislamiento inmediato domiciliario.

Los servicios de prevención de riesgos laborales serán los encargados de establecer los mecanismos para la investigación y seguimiento de los contactos estrechos en el ámbito de sus competencias, de forma coordinada con el Sistema de Vigilancia epidemiológica.

No se realizarán pruebas diagnósticas para SARS-CoV-2 de rutina en los contactos.

Existe una *Guía de actuación con los profesionales sanitarios en el caso de exposiciones de riesgo a COVID-19 en el ámbito sanitario* (actualizada 14 de marzo 2020). El seguimiento y manejo de los profesionales sanitarios se establece en un procedimiento específico.

2. Puntos de partida para la reorganización asistencial

2.1. Objetivos

En previsión del incremento de la demanda asistencial y de los cambios de las modalidades de ésta en relación con la pandemia de la infección por el nuevo coronavirus (COVID-19), es preciso elaborar **cambios organizativos y reorientar la actividad** de los Equipos de Atención Primaria para **asegurar al menos:**

1- La atención correcta de las consultas presenciales de cuadros respiratorios susceptibles de ser casos posibles de coronavirus.
2- La atención telefónica a demanda que se produzca por consulta por síntomas compatibles con COVID-19, así como situaciones relacionadas (posibles contactos, u otras situaciones).
3- El seguimiento telefónico programado de casos en aislamiento domiciliario cuando fuese preciso, dentro del modelo que se establezca para la atención en casos compatibles o en seguimiento por COVID-19.
4- La atención de problemas de salud prevalentes con alto riesgo de morbimortalidad: pacientes con enfermedad crónica compleja, dependientes, pacientes con pluripatología, y motivos de consulta que requieran atención sanitaria. Debe evitarse la morbimortalidad por causas no dependientes de infección COVID-19, y la desatención a colectivos vulnerables.
5- Coordinación entre distintos niveles asistenciales, así como con el Equipo Gestor de Casos de cada Área Sanitaria. Se designarán responsables de coronavirus de medicina, enfermería y unidad administrativa, asignando un responsable del EAP.
6- Espacios de formación continuada y revisión de procedimientos.

El manejo clínico del seguimiento será básicamente telefónico por el personal de enfermería, a no ser que sea precisa una evaluación médica presencial por agravamiento del cuadro.

Los modelos organizativos actuales requerirán de una **adaptación** a las distintas situaciones epidemiológicas, por lo que deben plantearse modelos flexibles según las características de cada territorio y cada Equipo de Atención Primaria.

2.2. Reorganización de la red asistencial de atención primaria

El escenario epidemiológico modificará el perfil de la demanda asistencial y el modelo de trabajo. Además de los cambios organizativos en cada EAP y en los PAC, será precisa una reorganización de una parte de la red asistencial de Atención Primaria:

- **Centros de Salud y Consultorios periféricos:** en función de la evolución epidemiológica y de la demanda asistencial, se tenderá a la agrupación de dispositivos, manteniendo únicamente operativos los centros de salud. Cada Área Sanitaria valorará si mantener, de forma excepcional, alguno de los consultorios periféricos.
- **Puntos de Atención Continuada (PAC):** a lo largo de la próxima semana se reagruparán PAC en base a un plan establecido en cada una de las áreas.

Dicha reorganización de puntos asistenciales y el cambio de modelo organizativo de los PAC y los EAP deberá ir acompañado de un **plan de comunicación a la ciudadanía** acompañada de cartelería para los Centros de Salud, que expliquen y ayuden a entender los cambios producidos.

2.3. Suspensión de actividad demorable

Para esa reorientación ante la nueva situación epidemiológica y sus distintas fases, es preciso **suspender de forma transitoria (planteando un horizonte temporal adaptado a la situación epidemiológica y las previsiones establecidas) algunas de las actividades partiendo del propio modelo organizativo**, y de una campaña de información a la población para el uso del sistema sanitario:

1. Seguimiento de pacientes con factores de riesgo cardiovascular con buen control
2. Seguimiento de pacientes con enfermedad crónica estable
3. Suspensión temporal de la invitación a los siguientes programas de cribado: <ol style="list-style-type: none"> Cáncer de colon² (personas asintomáticas y de riesgo estándar) Cáncer de cuello de útero Cáncer de mama
4. Emisión de interconsultas de revisión a especialistas hospitalarios de patologías con buen control.
5. Solicitud de analíticas u otras pruebas complementarias demorables en personas asintomáticas y de bajo riesgo.
6. Información de resultados de pruebas solicitadas en Atención Hospitalaria.
7. Replanteamiento de la actividad de las Unidades de Apoyo: Unidades de Salud Bucodental, Fisioterapia, Matronas.

Para organizar esa suspensión de actividad, y según las características de cada EAP:

1. Se asignarán para la **primera semana** las funciones de triage (jornada completa o parcial) y atención de consulta de casos respiratorios (jornada completa) para anular agenda en el tramo correspondiente.
2. Se reorganizarán las agendas incrementando tiempo de consulta telefónica y atención domiciliaria (ésta según capacidad de profesional específico para domicilios), reduciendo al máximo los huecos de consulta presencial programada (manteniendo solamente a primera hora, si son imprescindibles, y nunca para pacientes con síntomas compatibles con *caso posible*). Se pueden introducir huecos de consultas repartidas en las modalidades que se considere, según la organización de cada centro.

² Se mantendrá el estudio si sangre oculta en heces positiva.

3. Se llamará desde unidades administrativas a los pacientes citados, indicando nueva situación anulando citas que sea posible o convirtiéndolas con consulta telefónica. Se mantendrán solo las imprescindibles. Eso incluirá las revisiones del Niño Sano demorables.

2.3. Priorización de la Atención Telefónica

El colapso de las líneas telefónicas establecidas obligará a una **redistribución de la demanda de los teléfonos habilitados de servicio público**, aunque en la campaña para la ciudadanía se mantenga el 984100400/900878232/112+1 como teléfono de referencia.

Se propone que las llamadas entrantes al 984100400/900878232/112+1 recibirán una **locución** indicando que, si síntomas respiratorios, contactará con Centro de Salud para valoración telefónica. Se atenderán en los teléfonos señalados llamadas sin síntomas, como **teléfono de información general**.

Ese modelo permitirá que el EAP pueda realizar una atención a casos sintomáticos, en muchas ocasiones por parte de los profesionales de enfermería y medicina de cada paciente. Por otro lado reducirá **presión sobre 112**, siendo más accesible para los profesionales sanitarios y ciudadanía en general.

- Deberá asegurarse que cada Centro de Salud disponga de las **infraestructura telefónica** suficiente para la nueva demanda generada por esa vía.
- Asimismo, **se reconfigurará el diseño de las agendas**, para un periodo de aproximadamente 4 semanas, prorrogable en función del comportamiento de la demanda asistencial. Se trasladará una parte de la actividad programable y a demanda a **consulta no presencial (telefónica)** de manera escalonada según la situación epidemiológica.
- En los Equipos de Atención Primaria se coordinarán las **Unidades Administrativas** con los profesionales asistenciales, para establecer:
 - a. **Filtros por medio de preguntas clave** para la petición de consultas
 - a. Petición de cita para consulta: “¿Necesita consultar síntomas respiratorios (tos, fiebre o fatiga)?”
 - ⇒ SI (anotar en comentario de cita)
 - ⇒ NO (anotar si paciente da información).Citar en hueco de Consulta Telefónica para su profesional sanitario.
 - b. **Consulta burocrática** (receta electrónica o tradicional/IT, etc): citar como consulta telefónica burocrática, identificando si es receta electrónica (no precisará formato papel para obtener medicamentos en farmacia, solamente la Tarjeta Sanitaria).
 - b. Unificar criterios para el paso de **llamadas no demorables**.
 - c. Criterios para **distribución de las llamadas entre los profesionales**, de forma equitativa y adaptada a la organización interna de las actividades.

Preferentemente, se asignarán como **citas programadas de atención telefónica:**

1. El control de pacientes crónicos que siguen precisando seguimiento por enfermería o medicina.
2. Revisiones de procesos agudos o agudizaciones y descompensaciones de enfermedades crónicas que no requieran atención presencial, haya sido atendidas en el centro de salud o en domicilio.
3. Llamadas de control de pacientes en aislamiento domiciliario por COVID-19.

Se procurará asignar como **citas a demanda de atención telefónica:**

1. Todas aquellas solicitadas como consulta telefónica por el propio paciente.
2. Todas aquellas llamadas relacionadas con COVID-19, que no requieran atención urgente (se identificarán en comentario en la cita).
3. Peticiones de cita en las que, tras el filtro de la Unidad Administrativa, el paciente acepta la consulta telefónica en vez de presencial³.

3. Estrategias de organización interna y asignación de funciones

La intensidad de la situación epidemiológica será difícil de predecir y, en todo caso, las fases futuras serán cambiantes, por lo que es preciso **adoptar un modelo organizativo que pueda desarrollarse según las necesidades asistenciales en cada territorio**, no solamente en relación a COVID-19, sino al **resto de problemas de salud prevalentes**.

Las orientaciones organizativas anteriores precisarán **funciones o alternativas de distribución de actividad como:**

Nuevas funciones o cambios en la distribución de la actividad en contexto COVID-19
Atención telefónica programada o a demanda
Triaje y distribución de la demanda presencial desde la entrada
Reorientación del Área Administrativa
Circuito respiratorio
Circuito de atención de consultas no respiratorias
Coordinación, actualización y formación en torno al COVID-19 en el EAP.
Seguimiento telefónico de pacientes en aislamiento domiciliario
Atención domiciliaria de pacientes crónicos con enfermedad crónica severa, pluripatología compleja o dependientes

³ Pregunta tipo: "En la situación actual recomendamos no acudir al centro de salud, y realizar en su lugar una consulta telefónica. ¿Desea que le cite para que su médico la llame a partir de la hora x? o "Le citaré para que su médico le llame a partir de las x"

- **Atención telefónica programada o a demanda.** Profesionales sanitarios (medicina o enfermería) dedicados total o parcialmente esta actividad⁴, o asignación de una parte significativa de la agenda de cada profesional a dicha atención.
 - La atención telefónica será la **herramienta principal de seguimiento de pacientes crónicos** que lo requieran, o la atención a demanda que no precise consulta presencial.
 - Si la demanda lo justifica, en los PAC (preferentemente agrupados), se asignaría a un profesional sanitario exclusivamente para atención telefónica (o reparto de esa función).

- **Triaje y distribución de la demanda presencial desde la entrada.** Los dispositivos de Atención Primaria deberán establecer de forma rápida si un paciente con infección respiratoria aguda (IRA) cumple los criterios de caso probable para ser dirigidos a un área separada de otros pacientes, tras ponerles mascarilla quirúrgica.

En los Equipos de Atención Primaria, **se designarán profesionales dedicados al triaje** y distribución de la demanda de pacientes que acceden al Centro de Salud. Su número se adaptaría a cada dispositivo asistencial y a la demanda. Ese puesto puede ser **rotado** con la periodicidad que se determine.

Los equipos de los PAC adaptarán el sistema actual de triaje al mismo objetivo de clasificación precoz de los pacientes con síntomas compatibles con COVID-19.

- **Reorientación del área administrativa:** Se reorientarán actividades relacionadas con la demanda asistencial. **Su papel como área de recepción quedará muy limitado** con la puesta en marcha del triaje a la puerta.
 - Actividades burocráticas: **se reducirán al máximo posible las actividades presenciales.** Se establecerán mecanismos para evitar la atención presencial para **Receta Electrónica** (sólo se necesitará Tarjeta Sanitaria para obtener medicamentos en farmacia), e Incapacidad Temporal.
 - En la **renovación de receta electrónica** solicitada por el paciente, se implementarán cambios que permitan prescindir del formato papel.
 - Se establecerán circuitos de entrega o envío de las **bajas relacionadas con coronavirus**, y se flexibilizará la necesidad de consulta presencial en las demás **bajas laborales**.
 - **Distribución de las consultas telefónicas** (receta electrónica, petición de cita presencial, sintomatología compatible con casos probable): se citan en agenda de médico asignado.

- **Atención a pacientes en 'circuito respiratorio'.** Profesionales sanitarios (medicina de familia y pediatría, si es posible) dedicados a patología respiratoria aguda tras triaje (valorando en ese caso, asignación de un espacio concreto del centro) o distribución entre profesionales del equipo.

No obstante, en caso de escenario de transmisión comunitaria, donde todo cuadro respiratorio es susceptible de ser COVID-19 sin criterio epidemiológico, existiría una o varias consultas dedicadas a este cometido, según la actividad, que estaría atendida por un profesional, a ser posible desde el inicio de la misma hasta el final. Esas consultas estarían localizadas en el mismo área del centro, separada del resto.

Se considerará la modalidad de **atención telefónica desde la consulta adyacente**, llamando al móvil del paciente o al teléfono de propia consulta.

⁴ En **profesionales con factores de riesgo de complicaciones** por COVID-19, o ciertos contactos asintomáticos, puede dedicarse su actividad a la consulta telefónica y a la consulta presencial de pacientes que precisen seguimiento por problemas de salud no relacionados con COVID-19.

- **Atención de consultas no respiratorias.** Dichas consultas se asignarán al profesional de medicina/enfermería correspondiente, o se repartirán entre todos los profesionales del equipo que no estén con otras funciones que precisen dedicación plena y no demorable (triaje de entrada, consulta de circuito respiratorio o atención domiciliaria).
- **Coordinación, actualización y formación en torno al COVID-19 en el EAP.**
 - Será recomendable **a primera hora de la mañana, reunión breve del EAP para distribuir** las tareas según lo previsto con la asignación de las personas con dedicación plena o parcial a áreas específicas (responsables de circuito respiratorio, triaje de entrada y atención domiciliaria), y posibles retenes para incidencias en esas áreas.
 - Los EAP cuya dotación de personal lo permita, contarán con un Responsable de Coronavirus de medicina, otro para enfermería y otro para unidades administrativas, que se coordinarán entre sí y con el Equipo Gestor de Casos del Área Sanitaria revisar situación organizativa y de material, recibir información, recepción de notificaciones de altas hospitalarias para seguimiento domiciliario, etc.
- **Seguimiento de pacientes en aislamiento domiciliario por COVID:**
 - El seguimiento se realizará de forma telefónica por **enfermería**, con periodicidad según riesgo basal del paciente, en todos los casos al día siguiente del inicio del aislamiento, y al 4º-5º día.
 - Cuando sea necesario, la **valoración de cambios en la situación clínica** para decidir derivación hospitalaria o mantener aislamiento domiciliario se realizará **vía telefónica**, y se activará el traslado a dispositivo hospitalario si hay sospecha de mala evolución.
- **Atención domiciliaria de pacientes crónicos con enfermedad crónica severa, pluripatología compleja o dependientes:** La atención domiciliaria no relacionada con COVID-19 seguirá existiendo, como parte de la actividad del equipo básico asistencial (medicina, enfermería) responsable o según los mecanismos de reparto establecidos, en el seguimiento de problemas crónicos que lo requieran, o agudizaciones.

En **profesionales con factores de riesgo de complicaciones por COVID-19, o ciertos contactos asintomáticos**, puede dedicarse su actividad a la consulta telefónica y a la consulta presencial de algunos pacientes que precisen seguimiento por problemas de salud no relacionados con COVID-19.

4. Propuesta organizativa de triaje a la entrada del centro

En función de las características y volumen de la demanda asistencial, se aplicará un sistema de triaje orientado a la detección precoz de personas con posible COVID-19 y distribución de las consultas, que se adaptará al espacio físico y a la organización de los propios profesionales del EAP y equipos de los PAC. Los PAC con muy baja demanda asistencial puede no ser precisa esta modificación.

4.1. Mesa de triaje en acceso al centro:

- La **composición de la mesa de triaje** se determinará en cada centro asistencial. En **EAP**, se procurará que participe un profesional de medicina y otro de enfermería, pudiendo recibir apoyo de unidad administrativa u otro profesional de enfermería. En **PAC**, podría atenderlo solamente un/a profesional de enfermería.
 - Disponibilidad de mascarillas quirúrgicas y solución hidroalcohólica para uso personal y de pacientes.

- Acceso en la mesa a teléfono y ordenador con acceso a OMI-AP o en consulta próxima con puerta abierta.
- Los profesionales utilizarán mascarilla quirúrgica, con la función principal de protección a personas del entorno y compañero de mesa de triaje.
- Se podrán establecer **tramos horarios** (al menos para el personal sanitario, para que puede atender en los demás tramos otro tipo de demanda asistencial).
- **La gestión de la cola:** las personas accederán en el centro de salud haciendo cola en el exterior, guardando distancia de seguridad de 1-2 metros, y entrarán de uno en uno hasta la mesa de triaje.

4.2. Procedimiento de *triaje en EAP*

Para **PAC**, se establecería según la demanda asistencial con el objetivo de distribuir los pacientes al circuito respiratorio (tos, fiebre o disnea) y al circuito común, con distintas agendas.

En el **EAP**, las personas que acuden sin cita previa, se les realizan preguntas clave para distribuir la demanda según procedimientos.

¿Tiene tos, fiebre o disnea?

SI ⇨ Circuito de atención a síntomas respiratorios agudos. Se realizará valoración breve de severidad sin toma de constantes, para reducir tiempo de riesgo de transmisión, y se facilitará mascarilla.

- Clasificación como: sintomatología respiratoria compatible (tos, fiebre o disnea, no dolor de garganta):
 - Entrega de mascarilla, y lavado de manos.
 - Derivar a paciente a sala designada para atención a pacientes con síntomas compatibles. Si no hay sanitario de forma permanente, avisar. Cuando la demanda así
 - Si precisa acompañar por personal del centro, usar mascarilla quirúrgica.
 - Si es preciso acompañante (menor, dependiente), debe usar mascarilla quirúrgica.

NO ⇨ ¿Porqué viene? ¿Puede ser resuelto de forma no presencial?

SI ⇨

- Resolución in situ: Se intentará comunicación en el momento con profesional de referencia para el paciente, si la demanda se puede resolver con rapidez (pe//actualización de receta electrónica)
- Cita como consulta telefónica demorable a consulta con profesional de medicina/enfermería asignado.

NO ⇨

- Se le cita como atención presencial urgente/demorable a médico/enfermera asignado.

5. Circuito y área específica de atención de casos respiratorios

5.1. Espacio y consulta de atención a “casos respiratorios”

La situación epidemiológica puede desbordar la organización vinculada a una sola consulta de aislamiento, o a más de una funcionando a la vez. En ese caso, se deberá reorganizar la distribución de

consultas, creando un área de espera apartada del resto de los espacios, dispuesto para pacientes ya clasificados inicialmente como compatibles con “caso posible”.

Éstos serán atendidos por profesionales dedicados en esa jornada a la atención de dichos casos. **En dicha consulta se atenderán a todos los pacientes sugestivos de ser caso posible**, ya sea citados anteriormente, como sin cita previa.

Se habilitará una **nueva agenda denominada COVID**.

Se utilizará el **EPI** que se determine según riesgo, y se colocará antes de entrar en la consulta del circuito de casos respiratorios.

Una vez finalizada la actividad con todos los pacientes, el EPI se eliminará dentro de la habitación, excepto la protección respiratoria, que se retirará fuera de la misma.

Se considerará la **atención telefónica desde la consulta adyacente**, llamando al móvil del paciente o al teléfono de propia consulta. En casos leves y en paciente con capacidad para entender correctamente el autoaislamiento domiciliario, podrá resolverse sin contacto directo con el paciente. En la consulta debe estar **preparado el material escrito** sobre medidas de aislamiento domiciliario.

Consulta Específica COVID-19: Se procurará que tenga consulta auxiliar comunicada, donde estarán los EPIs y contenedor para tirar mascarilla al salir de la consulta de “casos posibles”. La silla se dispondrá para que el paciente se siente mirando a un lado, evitando estar frente al profesional.

Materiales:

- Fonendo, termómetro y pulsioxímetro
- Solución hidroalcohólica.
- Contenedor de EPI.
- Ordenador con acceso a OMI-AP

Médico de atención a “casos posibles”

Se le asignará la atención a la consulta del circuito de casos respiratorios durante toda la jornada, con dedicación plena y, por tanto, el resto de la agenda bloqueada. Puede rotarse entre distintos profesionales del centro, distintos días.

Procedimiento:

- En el interior de la consulta, con equipo de protección adecuado según procedimiento establecido.
-

Médico de reten:

- Agenda bloqueada y dedicación a llamadas telefónicas (o a atención presencial de casos no respiratorios en los PAC).
- Interviene en **consulta específica o en domicilios** si existe saturación.

5.2. Procedimiento ante caso clasificado como caso posible en circuito respiratorio

- **Paciente que cumple criterios de caso posible, con síntomas graves**

Se procederá a través de llamada al 112, para traslado.

- **Paciente que cumple criterios de caso posible, con síntomas leves**

Revisar criterios de seguimiento domiciliario en PROTOCOLO ATENCIÓN DOMICILIARIA CORONAVIRUS (o del *Procedimiento de atención y seguimiento domiciliario de casos confirmados COVID-19*).

Situación A	Situación B
Control telefónico por enfermería a las 24 horas del inicio del aislamiento domiciliario	
Control al 4º día de evolución	Control a las 72 horas
Seguimiento posterior cada 48-72 (*) horas si persiste fiebre.	Llamadas de control cada 24-48 horas (*)
(*)Según criterio del equipo de profesionales de medicina y enfermería responsable.	

Se valorará si cumple criterios para guardar correctamente las medidas de aislamiento domiciliario, según situación de su **vivienda, contexto y capacidades**. Si no cumple los criterios, considerar indicación de ingreso hospitalario, avisando a 112.

En el caso de identificar dificultades para el aislamiento domiciliario relacionadas con situación social, vivienda o capacidades, se contactará con profesional de **Trabajo Social**, que realizará valoración vía telefónica, y evaluación de criterios para mantener aislamiento en alguno de los recursos específicos habilitados.

Si se decide aislamiento domiciliario:

- Explicar y dar hoja de recomendaciones (en PROTOCOLO ATENCIÓN DOMICILIARIA CORONAVIRUS). Se le informará de recurso en Astursalud, si se considera adecuado para las capacidades del paciente.
- El paciente realizará higiene de manos, y saldrá con mascarilla, directamente a su domicilio.
- Citar en agenda de enfermería correspondiente, para primera llamada de seguimiento domiciliario. Si procede, citar en 24-48 horas en agenda de SAC para seguimiento telefónico de enfermería.
- Si procede, y en horario de EAP, tramitar la **Incapacidad Temporal**, explicar procedimiento (entrega sin necesidad de consulta presencial).

5.3. Caso detectado en consulta no específica:

Existe la posibilidad de que un paciente llegue como una consulta ordinaria, y en la evaluación se detecten síntomas de caso probable. En ese caso:

- Entregar mascarilla inmediatamente.
- Si es un cuadro leve, protegerse con guantes y mascarilla, y a distancia mayor de 2 metros, se le conducirá al circuito respiratorio, donde se completa anamnesis y se explican medidas de aislamiento.
- Inmovilizar consulta hasta limpieza.

5.4. Consulta telefónica de caso posible

Si el paciente refiere **síntomas respiratorios graves**, o afectación general, o sintomatología de descompensación de riesgo de enfermedad crónica basal, se realizará traslado, por medio de 112, informando que se trata de un caso posible de COVID-19.

Ante cambios clínicos de en la evolución o síntomas de riesgo, se tomará la decisión de derivar a servicio hospitalario o mantener aislamiento domiciliario por medio de **valoración telefónica, sin visita domiciliaria**.

Ante un paciente que consulta refiriendo **sintomatología leve**, llevaremos a cabo atención vía telefónica, teniendo en cuenta que:

- Se evaluará el riesgo de complicaciones según comorbilidad y situación clínica y la capacidad de autocuidados y aislamiento en domicilio.
- Se le informará de medidas de aislamiento y su duración (14 días siempre que el cuadro clínico se haya resuelto) y, si se ve adecuado, de la forma de acceso al recurso en Astursalud (banner 'Información Coronavirus > Consejos de aislamiento y gestión de residuos).
- Se le citará al día siguiente para seguimiento telefónico por enfermería.

6. Atención domiciliaria

En previsión del incremento importante de las consultas que precisen valoración domiciliaria, en los EAP, cada día habrá al menos un profesional de medicina dedicado de forma plena a la atención domiciliaria, **a pacientes sin síntomas relacionados con COVID-19**. En tramos de baja demanda domiciliaria, se le asignarán tareas de apoyo al resto del equipo.

Las consultas de casos posibles se resolverán **vía telefónica**, indicando derivación en caso de síntomas de alarma o situación de riesgo (según *Procedimiento de atención y seguimiento domiciliario de casos confirmados COVID-19*).

Se establecerán medidas de reorganización o de apoyo puntual por el resto del EAP/PAC en caso de saturación del servicio. Se reforzará la atención domiciliaria de los PAC en función de la demanda y la disponibilidad de profesionales.

Resumen de recomendaciones adaptadas a PAC

En los PAC con alta demanda asistencial, se recomienda:

- Implementar triage con una mesa de con enfermería y personal de unidad administrativa a la puerta del centro, con cola en el exterior siempre que sea posible y selección para circuito respiratorio y circuito común.
 - Se les aportará mascarilla quirúrgica e higiene de manos.
 - El profesional de área administrativa citará al paciente, existiendo una agenda específica COVID.
- En el circuito respiratorio habrá un espacio específico de espera y una consulta donde se atenderán solamente casos con síntomas compatibles (tos, fiebre o disnea)
- En el circuito común se atenderán al resto de los casos.

7. Seguimiento del aislamiento domiciliario

El personal de enfermería llamará cada 24/48 horas, según situación clínica y factores de riesgo, a los pacientes que estén en aislamiento domiciliario como caso probable, citándose en su agenda para los días siguientes. Se hará siempre llamada de seguimiento los dos primeros días de aislamiento.

Se seguirá el *Procedimiento de atención y seguimiento domiciliario de casos confirmados por SARS-CoV-2 (COVID-019)*, publicado en Astursalud.

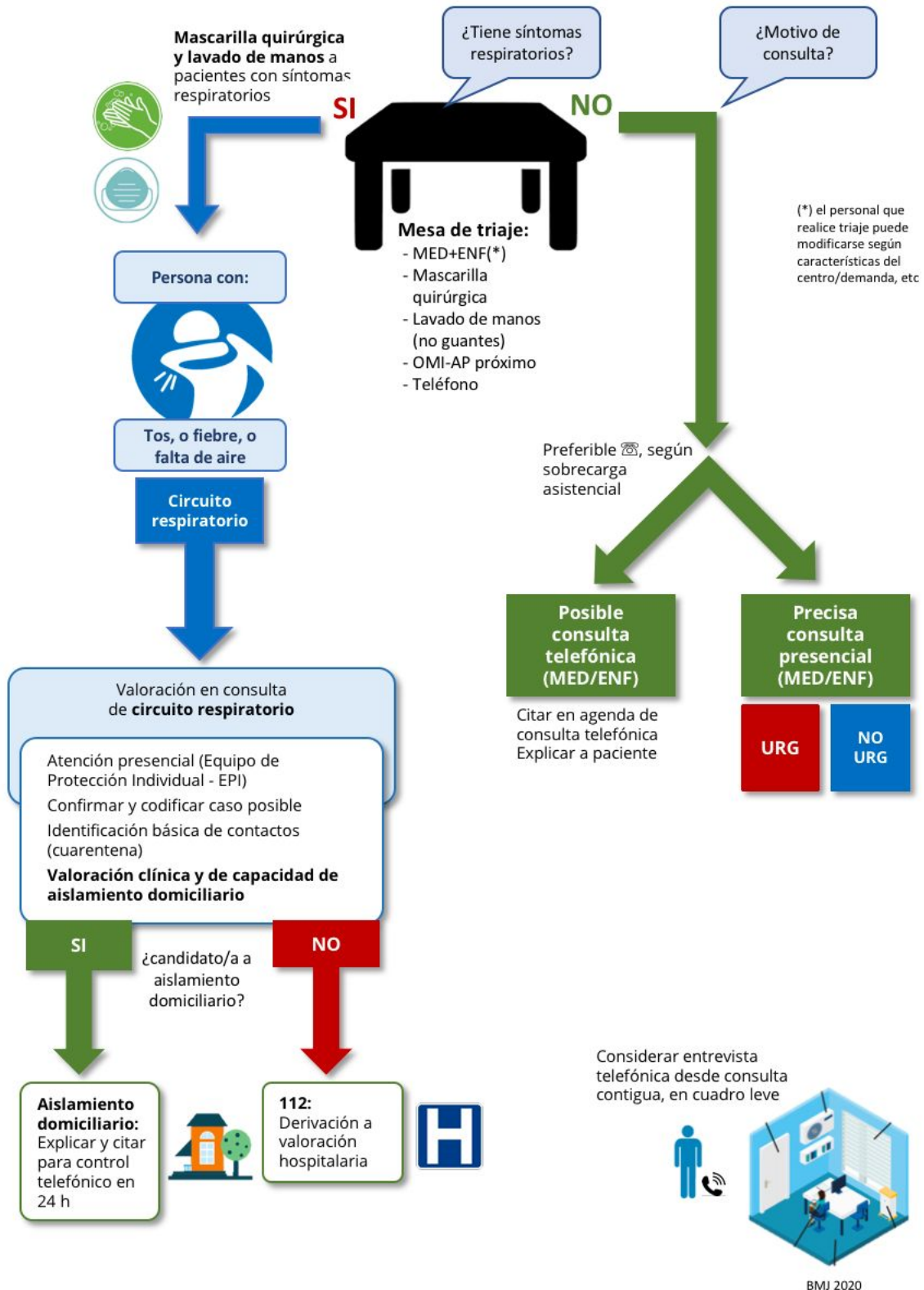
Se coordinará el seguimiento con los PAC, citando para seguimiento telefónico por enfermería de dichos dispositivos, considerando implementar agenda específica en horario adaptado a la demanda asistencial.

En el caso de identificar dificultades para el aislamiento domiciliario relacionadas con situación social, vivienda o capacidades, se contactará con profesional de **Trabajo Social**, que realizará valoración vía telefónica, y evaluación de criterios para mantener aislamiento en alguno de los recursos específicos habilitados.

Algoritmo COVID-19 en Atención Primaria

Triage de entrada

Versión 2.1 17/3/2020. Algoritmo en revisión permanente



Anexo

Puntos de contacto y centros de referencia

Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVE):

- Servicio de Vigilancia Epidemiológica (Lu-Vi de 8:00 a 15:00 horas)
Tlf: 985 10 65 04 - 985 10 63 23
Fax: 985 10 63 20
E-mail: vigilancia.sanitaria@asturias.org
- Alertas de Salud Pública (24 horas)
Teléfonos: 639 820 414 (77503)

Servicio de Atención Médica Urgente (SAMU)

- Centro Coordinador del SAMU: teléfono 112

Hospital Universitario Central de Asturias

- Dirección de Asistencia Sanitaria y Salud Pública del Área Sanitaria 4: 70505
- Jefe de la Guardia: 75703
- Laboratorio de Virología: 38720

Laboratorio de Referencia (CNM)

Centro Nacional de Microbiología
Instituto de Salud Carlos III
Carretera Majadahonda-Pozuelo, km 2 28220
Majadahonda-Madrid-ESPAÑA
Tlf: 91 822 37 01 - 91 822 37 23 - 91 822 3694 - 607 189 076
CNM-Área de Orientación Diagnóstica