

PROPUESTAS PARA LA DEESCALADA EN ATENCIÓN PRIMARIA



ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

AUTORAS/ES:

José Ramón Martínez Riera

Presidente Asociación Enfermería Comunitaria (AEC)

Blanca Rodríguez García

Asociación Enfermería Comunitaria (AEC) de Castilla y León

María Rodríguez Herrera

Vocal de Castilla y León Asociación Enfermería Comunitaria (AEC)

REVISORAS/ES:

Trinidad Carrión Robles
Rafael del Pino Casado
Elena García Cuevas
Vicente Gea Caballero
Albert Llorens García
Guillermina Marí i Puget
María Isabel Mármol López
Enrique Oltra Rodríguez
Francisco Javier Pastor Gallardo

Miembros de la Junta Directiva de la Asociación de Enfermería Comunitaria

ÍNDICE

1. PROPUESTAS PARA LA DESESCALADA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC)	3
2. RECUPERACIÓN DE LA ACTIVIDAD	4
2.1. ¿Qué hacer con los equipos COVID-19?	4
2.2. ¿Qué hacer con los COVID-19-Residencias?	5
2.3. Propuestas de Actuación	6
3. ATENCIÓN SOCIOSANITARIA	7
4. CÓMO RECUPERAR LAS CONSULTAS PRESENCIALES	9
4.1. ¿Se mantienen las consultas no presenciales?	10
4.1.1. Atención a personas No COVID-19 con patología Crónica	12
4.1.2. Atención a personas COVID-19 con patología Crónica	13
4.1.3. Atención a los cuidadores	13
4.1.4. Atención a la comunidad	
4.2. Cómo reiniciar las actividades eliminadas (matronas, fisioterapeutas, odontólogos)	14
4.3. Atención al niño	15
5. CONVIVENCIA CON COVID-19	16
5.1. Mantenimiento de la consulta de infección respiratoria.	17
6. CONSIDERACIONES FINALES	18
7. CONCLUSIONES	19
8. BIBLIOGRAFÍA	20

1.- PROPUESTAS PARA LA DESESCALADA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD **ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC)**

Debido a la rápida evolución de la situación de pandemia de la COVID-19-19, nos encontramos ante un reto inédito para el sistema sanitario, además de los efectos económicos y sociales de extrema gravedad que previsiblemente acontecerán, a pesar de las medidas adoptadas¹.

España, ha sido uno de los países más afectados y vulnerables por su alto nivel de envejecimiento². En 2019, el 19,40% de la población tenía más de 65 años³.

Por lo tanto, es aconsejable un desconfinamiento secuencial. En primer lugar, las personas más jóvenes y sin patologías, y dejar para el final la apertura de escuelas, la salida de personas mayores y los eventos con asistencia masiva de personas⁴. Todas estas medidas deben ser flexibles y coordinadas. La desescalada conducirá inevitablemente a un previsible aumento de nuevos casos, por lo que se considera necesaria una adaptación del sistema y un reciclaje continuo, que requerirá tiempo para lograr una vuelta a la normalidad con garantías, y proporcionando conocimiento del virus y la enfermedad¹.

La Atención Primaria de Salud (APS) juega un papel decisivo para asegurar el éxito de los procedimientos de desescalada del confinamiento de la población y es clave para asegurar un manejo óptimo de la pandemia y de los efectos colaterales de la misma, en los próximos meses⁵.

Las presentes recomendaciones se han elaborado a partir de la evidencia científica disponible, entendiendo que se encuentran en continua revisión. También se han elaborado a partir de la hoja de ruta común europea para el levantamiento de las medidas de contención de la COVID-19 así como las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), teniendo en cuenta la organización territorial, la población española y su sistema de salud y centrándose las mismas en la población más vulnerada, como las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores y tratando de garantizar la máxima seguridad de las/os profesionales sanitarias/os. Para ello será necesario proporcionar, por

un lado, estrategias de desescalada que aseguren la correcta protección de la infección a las personas más vulneradas^a, y por otro lado la seguridad del personal sanitario.

2.- RECUPERACIÓN DE LA ACTIVIDAD

2.1. ¿Qué hacer con los equipos COVID-19?

Desde la AEC, se propone que los equipos humanos del COVID-19 que realizaban atención telefónica se deshabiliten y se habilite un número para resolver las dudas en cuanto a cómo proceder en cada caso.

Se considera necesario habilitar huecos en las agendas de enfermeras comunitarias y médicos, de familia en los centros de salud, de consulta telemática para resolver dudas sobre COVID-19 de las personas que tienen asignadas y para seguimiento y control de los casos COVID-19 que sean susceptibles de seguimiento telefónico.

Por otro lado se propone que permanezcan operativos los equipos que se ocupan de la toma de muestras para la recogida en domicilio, tanto de pacientes como de profesionales sanitarios en los casos en que estos no se puedan desplazar a los centros de salud u hospitales; y finalmente en cuanto a los centros de salud se propone que se mantengan los equipos COVID-19, prestando atención a los posibles positivos confirmados, siendo siempre los mismos miembros del equipo de APS, para evitar riesgos de contagios entre trabajadoras/es. Para ello, se reorganizará la agenda de estas/os profesionales dividiendo la mañana entre la atención domiciliaria y la atención in situ, y se

^a La diferencia entre vulnerable y vulnerado viene de la mano de Schramm (2006) y Kottow (2008).

VULNERABLE Característica universal de cualquier organismo, vista como potencialidad, fragilidad, y no estado de daño. Esa vulnerabilidad es disminuida respetando los derechos humanos básicos en un orden social justo. Requiere acciones negativas por parte del Estado, tendiendo a la protección equitativa de los individuos contra daños para impedir que su vulnerabilidad sea transformada en una lesión a su integridad.

VULNERADO Se refiere a una situación de hecho, de daño actual, que tiene consecuencias relevantes al momento de la toma de decisión. Atendiendo a los daños sufridos, las vulneraciones requieren cuidados especiales por parte de instituciones sociales organizadas. Es decir, es necesario que la sociedad instale servicios terapéuticos y de protección, como servicios sanitarios, asistenciales, educacionales, etc., para disminuir y remover daños con el fin de empoderar a los desfavorecidos. Requiere de parte del Estado acciones afirmativas y reparadoras que interfieran en la autonomía, la integridad y la dignidad de los vulnerados.

reforzará el sistema para evitar situaciones de estrés/burn-out del resto de compañeras/os debido a las sobrecargas y la falta de permisos.

Deberían planificarse estrategias de intervención comunitaria en las que se coordinasen y articularasen los diferentes recursos comunitarios disponibles y se incluyese a la población en una participación activa, con el fin de minimizar la incertidumbre y disminuir la ansiedad. La identificación e integración de líderes y agentes comunitarios es fundamental para el desarrollo de estas intervenciones.

2.2. ¿Qué hacer con los COVID-19-Residencias?

En 2015 se apuntaba a que la crisis económica y las políticas de austeridad habían afectado de forma negativa a las personas mayores con dependencia, al tratarse de personas más vulneradas que precisan una atención especial⁶. En España, existía un total de 366.633 personas mayores adultas institucionalizadas en 5378 Residencias en 2017; estos centros tan vulnerables aún precisan un seguimiento tras el confinamiento⁷.

Desde la AEC, además de apostar por la incorporación de enfermeras especialistas en geriatría como primera opción en los contratos en dichas residencias, se propone disolver los equipos COVID-19-Residencias y crear en cada centro de salud una Unidad de Soporte de Cuidados al frente de la cual deberá estar una enfermera que actúe de enlace o referencia con dichas residencias y en coordinación con Salud Pública y Atención Hospitalaria, con el fin de articular las intervenciones que eviten omisiones o repeticiones, con independencia del personal con que cuenten las citadas residencias. Así mismo, dicha enfermera, deberá articular las acciones a llevar a cabo en los domicilios a través de la comunicación y coordinación con los servicios de atención domiciliaria de los ayuntamientos u otras entidades públicas o privadas.

La enfermera responsable de esta unidad trabajará con el EAPS con el fin de planificar la formación y atención de las/os cuidadoras/es, para que estas/os adquieran las habilidades necesarias tanto con relación al COVID-19-19 como en cuidados básicos, sin descuidar la atención a las/os propias/os cuidadoras/es para evitar el estrés de estas/os, durante el proceso de cuidados. De igual manera se supervisará, junto a la Gerencia de Servicios Sociales, el correcto funcionamiento de las residencias,

implantando esta estrategia con el objetivo de mantenerla activa tras la pandemia de forma permanente.

Existen estudios que indican qué tras la implantación de estas medidas, la relación institucional entre los directores de las residencias y los Equipos de APS mejoraron, logrando aumentar la tasa de vacunación y que todas/os las/os ancianas/os fueran vacunadas/os de la gripe y dos terceras partes de las/os ancianas/os inmovilizadas/os fueran valoradas/os de forma precisa⁸.

2.3. Propuestas de Actuación

Profesionales en Residencias: apostar por enfermeras especialistas en geriatría como primera opción en los contratos en dichas residencias. Que sean las responsables de establecer de los planes de cuidados de los residentes, los protocolos de limpieza y desinfección del centro, establezcan las necesidades de recursos materiales y profesionales de atención directa, para el cuidado de los residentes.

Aumentar el nº de enfermeras / residentes. 1 enfermera por cada 10 residentes con gran dependencia o dependencia grave. 1 enfermera por cada 15 residentes con dependencia moderada o leve, 1 enfermera para 20 residentes no dependientes.

Aumentar el nº de profesionales Auxiliares en Cuidados 1 por cada 2 residentes con gran dependencia o dependientes graves, 1 por cada 4 residentes con dependencia moderada o leve, 1 por cada 8 residentes no dependientes.

Los profesionales de Atención Directa deben tener formación y habilidades en cuidados básicos, limpieza, desinfección y protección individual y de las personas a su cargo, tanto para evitar enfermedades transmisibles, como problemas derivados de la dependencia.

Reserva del 20 % de las plazas autorizadas para prestación de cuidados especiales y aislamiento en el caso que sea necesario, y que no se ofertarán como plazas para residentes.

3. ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Es imprescindible aprender de lo ocurrido y participar en la elaboración de protocolos de asistencia y actuaciones en conjunto junto a establecimientos residenciales de ancianos, independientemente de su titularidad pública, privada o concertada.

Disolver los equipos COVID-Residencias y crear en cada centro de salud una Unidad de Soporte de Cuidados al frente de la cual deberá estar una enfermera que actúe de enlace o referencia con dichas residencias y en coordinación con Salud Pública, Atención Hospitalaria y Servicios Sociales con el fin de liderar la gestión y comunicación de problemas y deficiencias observadas, sin ser una figura de inspección pero con la capacidad de poner en conocimiento de las autoridades competentes cualquier aspecto que no cumpla la normativa vigente.

Gestionar las intervenciones que eviten omisiones o repeticiones, con independencia del personal con que cuenten las citadas residencias.

Así mismo, dicha enfermera, deberá articular las acciones a llevar a cabo en los domicilios a través de la comunicación y coordinación con los servicios de atención domiciliaria de los ayuntamientos u otras entidades públicas o privadas.

La enfermera responsable de esta unidad, trabajará con el EAP, con el fin de planificar la formación y atención de las/os cuidadoras/es de dichas instituciones para que estas/os adquieran las habilidades necesarias tanto con relación al COVID-19 como en cuidados básicos, sin descuidar la atención a las/os propias/os cuidadoras/es para evitar el estrés de estas/os, durante el proceso de cuidados. De igual manera se supervisará, junto a la Gerencia de Servicios Sociales, el correcto funcionamiento de las residencias, implantando esta estrategia con el objetivo de mantenerla activa tras la pandemia de forma permanente.

Seguramente la asignación de un profesional de referencia uno de cada profesión, de medicina y de enfermería del EAP como responsable de estos residentes, o dos en caso de centros residenciales muy grandes (con una reducción del tamaño del cupo), facilitaría esta tarea, así como la continuidad de cuidados, mejorando la relación de confianza y la comunicación. Este aspecto ayudaría a una mejor colaboración al ser

conocedores del trabajo del equipo de la residencia y viceversa, permitiendo su organización, gestión y por tanto la toma de mejores decisiones para la salud de los residentes.

4. CÓMO RECUPERAR LAS CONSULTAS PRESENCIALES

Previamente a comenzar con consultas presenciales es necesaria la dotación a las/os trabajadoras/es de equipos de protección individual (EPI) que los protejan adecuadamente según la legislación vigente (La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo, Convenio número 155 de la Organización Internacional del Trabajo, de 22 de junio de 1981, y otras directivas europeas y nacionales); sin las medidas de protección necesarias no se debería plantear la recuperación normalizada de las consultas en APS.

Además, y basándonos en el Real Decreto-ley 16/2020, de 28 de abril, de medidas procesales y organizativas para hacer frente al COVID-19 en el ámbito de la Administración de Justicia, durante todo el tiempo que perdure esta crisis sanitaria, se han de adoptar medidas que garanticen el derecho a la salud tanto de la ciudadanía como de las/os profesionales de la salud, procurando de esta manera evitar al máximo situaciones de contagio.

Por ello es de singular importancia incluir medidas que garanticen la distancia de seguridad en el desarrollo de las consultas, se deben evitar las aglomeraciones y el tránsito de personas en los centros sanitarios cuando ello no resulte imprescindible¹⁰.

Por otro lado, cuando se plantee la recuperación de estas consultas en su totalidad o parcialmente, se deben seguir las recomendaciones generales que indica el Ministerio de Sanidad:

- Se recomienda la colocación de información visual (carteles, folletos, etc.) en lugares estratégicos de los centros de APS (de ahora en adelante CAPSS) para proporcionar a la población las instrucciones sobre higiene de manos e higiene respiratoria.
- Se ofrecerá una mascarilla quirúrgica a aquellas/os personas que acudan al centro sanitario con síntomas de infección respiratoria aguda.
- Se debe disponer de dispensadores con solución hidroalcohólica al alcance de la población y el personal.

- Se deberá disponer de contenedores de residuos, con tapa de apertura con pedal, para la eliminación de los residuos generados¹¹.

Sin estas mínimas medidas no se debería comenzar la atención de forma más generalizada.

En cuanto a la recuperación de la actividad, la evidencia muestra que la población anciana es la más vulnerable², y por ello se deberían hacer campañas de sensibilización para animar y recordar a este segmento de la población que deben mantener buenas prácticas de higiene adquiridas (uso de desinfectantes, lavado de manos, forma de toser y estornudar, limpieza de superficies que sean tocadas por muchas personas, etc.)¹, así como incidir, informar y educar, con estas intervenciones, en la sociedad para lograr un uso más racional de los Servicios de Urgencias de APS y Puntos de Atención Continuada (PAC) pudiendo llamar al teléfono para urgencias que figura en la parte posterior de su tarjeta sanitaria¹² e insistiendo en que la distancia social es una de las medidas más efectivas para evitar la transmisión del virus COVID-19-19¹³.

Sería recomendable un espaciamiento de las citas para evitar aglomeraciones y que la demanda fuera cribada previamente por el personal administrativo del centro de salud, tras haber establecido los criterios para ello el equipo del CAPS.

4.1. ¿Se mantienen las consultas no presenciales?

Desde la AEC apostamos por la telesalud, ya que las nuevas tecnologías ofrecen soluciones de teleasistencia y monitorización de pacientes crónicos en su domicilio¹⁴, y es un buen momento para su implantación como nueva forma de trabajo que ha llegado para quedarse. Son múltiples y recientes los estudios que dejan patente que este tipo de intervención es muy eficaz y eficiente¹⁵ pudiendo ofrecer soluciones que mejoren tanto la atención y condiciones de los pacientes crónicos y sus cuidadoras/es¹⁶ como favoreciendo la continuidad de los cuidados¹⁷. La teleasistencia es efectiva en enfermedades¹⁸ crónicas siempre que la intervención promocióne y facilite educación e información¹⁹. Las intervenciones telefónicas se pueden usar como apoyo educativo y favorecer el autocuidado, facilitando y manteniendo los cambios en el estilo de vida de las personas y

sus familias, ofreciendo ventajas sobre los modelos tradicionales en cuanto a flexibilidad de tiempo y lugar²⁰.

Como beneficio adicional, permitirían la realización de teleconsultas múltiples en las que su familiar, su enfermera, su médico, y su médico especialista, podrían interaccionar en tiempo real para llevar a cabo consultas avanzadas, multidisciplinarias y en multiconferencia.

Además, se evidencia una reducción de la mortalidad y de ingresos hospitalarios mediante telemonitorización y revisiones telefónicas¹⁷.

Concretamente en APS está demostrado que esta intervención mejora la calidad de vida de los pacientes²¹. Además, existen evidencias que demuestran una efectividad global que reduce la mortalidad en comparación con la atención habitual²². En este contexto, la consulta enfermera es el espacio idóneo para llevar a cabo educación multifactorial y capacitar a personas en su adherencia terapéutica, empoderándolos y posibilitando una promoción de la salud personalizada, además de mejorar su autocuidado²³. En base a ello consideramos que las enfermeras deben hacer un seguimiento programado telefónico a los Pacientes Crónicos Complejos (PCC), creando huecos específicos en las agendas para las Consultas No Presenciales (CNP) de este tipo de pacientes, creando en todos un Plan de Cuidados específico y registrando su valoración integral.

Además, se debe concienciar a los equipos de APS, que es de vital importancia educar y empoderar a los pacientes crónicos y personas vulneradas de forma periódica y programada, independientemente de su edad, proporcionando información sobre la medicación prescrita y sus efectos secundarios, con el fin de evitar errores, minimizar el riesgo de descompensaciones y efectos adversos, evitar costosos ingresos hospitalarios como consecuencia de ello, y disminuir los costos en salud, aumentando en definitiva, su calidad de vida. Para ello sería recomendable la elaboración de guiones para la entrevista con los pacientes según su patología, edad y comprensión. Es, asimismo, de gran importancia que se incorpore la prescripción social y de determinadas acciones o actividades (física, ocio...), como parte esencial de la atención a la población en general y muy específicamente en poblaciones vulneradas.

En cuanto a los ajustes de tratamiento, en primer lugar, las enfermeras deberían valorar la adherencia del paciente y comprensión del tratamiento. Son muchos los estudios que han mostrado una relación directa entre la adherencia terapéutica y una mejor evolución de la enfermedad o, por lo menos, un menor deterioro²⁴. Tras ello y una valoración enfermera exhaustiva será la Enfermera Familiar y Comunitaria quien decidirá la necesidad de revaloración presencial, en el Centro de Salud o en domicilio, o de la derivación a otro profesional (médico, fisioterapeuta, trabajador social...) o si se puede resolver de forma telefónica.

En cuanto a la valoración inicial de problemas agudos no urgentes, desde la AEC apostamos por la Gestión de la Demanda por parte de las enfermeras. Este método ha obtenido buenos resultados y existen publicaciones científicas que lo avalan. Las derivaciones al médico se realizarán cuando el paciente cumpla algún criterio de exclusión del protocolo o cuando, según criterio de la enfermera, necesite una valoración médica²⁵.

En cuanto a la gestión de las urgencias, las enfermeras en el ámbito de la APS pueden abordar y resolver la mayoría de los problemas de carácter leve, de manera autónoma, eficaz y eficiente, es por esto que ante una urgencia leve entendemos que la enfermera tiene la capacidad y las competencias para atender y resolver problemas agudos de pacientes en APS²⁶.

Finalmente, apuntar que para una desescalada eficaz sería necesaria una dotación económica adecuada, una adecuación racional de plantillas en base a criterios poblacionales y de entorno que adecuen las ratios profesionales e inversión en TIC⁵.

4.1.1. Atención a personas sin sintomatología susceptible de COVID-19 con patología Crónica:

- ✓ Habilitación de huecos de demanda no presencial en las agendas de enfermeras, para seguimiento telefónico de personas de su “cupó” con patología crónica estable y que no precisen acudir al centro de salud o consultorio para su control (ya se está haciendo).
- ✓ Habilitación de huecos demanda presencial en las agendas de las enfermeras para seguimiento de los cuidados en el centro de salud o consultorio local de

las personas con patología crónica, que necesitan una valoración y seguimiento presencial y que por la situación epidemiológica y su situación individual pueden salir de su domicilio.

- ✓ Habilitación de huecos de demanda en domicilio en las agendas de las enfermeras para la valoración y seguimiento de los cuidados en el domicilio de las personas con patología crónica, que, por la situación epidemiológica, situación de dependencia o vulnerabilidad individual, no pueden salir de su domicilio.

4.1.2. Atención a personas que han pasado infección por COVID-19 con patología Crónica:

- ✓ Habilitación de huecos de demanda no presencial en las agendas de enfermeras, para seguimiento telefónico de personas de su “cupó” con patología crónica estable, que han pasado la infección por COVID-19 y que no precisen acudir al centro de salud o consultorio para su control (ya se está haciendo).
- ✓ Habilitación de huecos de demanda presencial en las agendas de las enfermeras para seguimiento de los cuidados en el centro de salud o consultorio local de las personas con patología crónica, que han pasado la infección por COVID-19, que necesitan una valoración y seguimiento presencial y que por la situación epidemiológica y su situación individual pueden salir de su domicilio.
- ✓ Habilitación de huecos de demanda en domicilio en las agendas de las enfermeras para la valoración y seguimiento de los cuidados en el domicilio de las personas con patología crónica, que han pasado la infección por COVID-19 y que, por la situación epidemiológica, situación de dependencia o vulnerabilidad individual, no pueden salir de su domicilio.

4.1.3. Atención a los cuidadores.

- ✓ Habilitación de huecos de demanda presencial en las agendas de las enfermeras en las que se puedan citar a las/os cuidadoras/es de personas con dependencia o vulneradas, para hacer una valoración de su estado de

salud, y de su capacidad de afrontamiento en la situación epidemiológica actual. Establecer un plan de cuidados enfermeros y reforzar los conocimientos de protección individual, y de las personas a las que cuida, así como las medidas de desinfección que tiene que llevar a cabo en su domicilio y en domicilio de las personas a las que cuida.

4.1.4 Atención a la Comunidad.

Establecimiento de intervenciones comunitarias dirigidas a la comunidad y a grupos específicos: infancia, adolescencia, adultos, ancianos, dependientes, personas y grupos vulnerables. El objetivo es difundir las medidas de promoción de la salud y prevención de la transmisión de la infección en la comunidad y en los distintos grupos. Se llevaría a cabo a través de videos que se publicarían en las redes sociales y se buscaría la colaboración de las corporaciones locales y ayuntamientos, asociaciones de pacientes, AMPAS, promoviendo y facilitando la participación activa y real de la propia comunidad.

4.2. Cómo reiniciar las actividades eliminadas (matronas, fisioterapeutas, odontólogos)

Se deben proporcionar medidas que ofrezcan seguridad¹, mientras no se puedan cumplir con medidas de seguridad no se debería retomar estas actividades previamente eliminadas.

Por otro lado, cuando se plantee reiniciar las actividades eliminadas siempre se debe tener en cuenta que la evidencia muestra que la población anciana es la más vulnerable² y esta debe ser la última en acudir a estas consultas.

Entendemos que en estos momentos la actividad fisioterapéutica es difícil de retomar ya que no se puede garantizar la seguridad ni de los pacientes ni del profesional sanitario y que esta se debería retomar cuando las condiciones y las autoridades permitan también reanudar esta actividad tanto a nivel privado como en las mutuas.

En lo relativo a la consulta de las matronas, al igual que se ha expuesto anteriormente recomendamos muy especial y específicamente la tele salud mediante la

creación de huecos en las agendas para consultas no presenciales, siempre que sea posible.

Sería recomendable la recuperación de los programas de prevención que desarrollan on line o en su defecto espaciando las consultas y proporcionando un circuito limpio.

En lo que respecta a la atención al embarazo, se conoce que las mujeres embarazadas experimentan cambios inmunológicos y fisiológicos que pueden hacerlas más susceptibles a las infecciones respiratorias virales, incluido COVID-19²⁷, por lo que se incidirá especialmente en este grupo poblacional en las medidas de higiene y distanciamiento social.

El manejo de la mujer embarazada infectada por SARS-CoV-2 se debe realizar por un equipo multidisciplinar que establezca el lugar más adecuado para el correcto tratamiento y que permita mantener el control, la pronta actuación en caso de deterioro materno o fetal o iniciar el trabajo de parto prematuro²⁷.

Finalmente, en cuanto a la preparación al parto de este grupo poblacional se recomienda la grabación de vídeos por parte de las matronas con apoyo institucional, así como la utilización de plataformas web para realizar video-clases, que metodológicamente son similares a la clase presencial²⁸.

En cuanto a las consultas Odontológicas, desde la AEC hacemos la misma recomendación que para las consultas de fisioterapia, ya que los/las dentistas e higienistas dentales, en su trabajo habitual, provocan inevitablemente aerosoles que pueden ser una fuente de diseminación grave del coronavirus, por lo que solamente están recomendadas las actuaciones urgentes, retrasándose para más adelante el resto de los tratamientos dentales²⁹.

4.3. Atención al niño

Debe contemplarse la adopción de medidas para seguir protegiendo a las/os niñas/os, al mismo tiempo que se reducen las posibilidades de que estas/os actúen como vectores de transmisión. Sería recomendable la puesta en marcha de un canal de comunicación permanente con especialistas de enfermería pediátrica referentes a los que

se pudiera consultar, aspectos concretos sobre cuidados enfermeros, ante situaciones que se presenten en el Centro de Salud, evitando derivaciones innecesarias y favoreciendo la permanencia de estas personas en su entorno familiar habitual.

5. CONVIVENCIA CON COVID-19

Incidimos una vez más en que se debe mantener la protección de las/os profesionales en todo tipo de atención y en especial ante la sospecha de infección por COVID-19.

Los grupos más vulnerados deben ser protegidos durante más tiempo. Aunque siguen faltando datos más amplios, existen pruebas de que las personas ancianas y los enfermos crónicos corren un mayor riesgo. Las personas con enfermedades mentales son otro importante grupo de riesgo, debiendo poner el foco en estos pacientes. Incidimos en consultas telefónicas por parte de los profesionales especialistas en Salud Mental. Debe contemplarse la adopción de medidas para seguir protegiendo a estos colectivos, al mismo tiempo que se levantan las restricciones a otros grupos¹. Sería recomendable la puesta en marcha de un canal de comunicación permanente con especialistas de enfermería en salud mental referentes a los que se pudiera consultar ante situaciones que se presenten en el Centro de Salud, evitando derivaciones innecesarias y favoreciendo la permanencia de estas personas en su entorno familiar habitual.

La población relativamente joven, y con menor riesgo de padecer complicaciones, pueden contagiar a personas mayores dentro de los hogares², por lo que se debe incidir insistir en las medidas de higiene y distancia social ante cualquier contacto, con cualquier persona y de cualquier edad, proporcionando medios que permitan a la ciudadanía adoptar medidas efectivas y específicas de distanciamiento social, incidiendo en las medidas de higiene en de las/os cuidadoras/es de personas vulneradas.

El uso de mascarillas quirúrgicas por parte de las/os profesionales sanitarias/os siempre debe tener prioridad sobre el uso por parte del resto de la ciudadanía.

Se debe garantizar un suministro suficiente de EPI para el personal sanitario de APS y medicamentos o fármacos con evidencia demostrada^{1,5} que permita reanudar con seguridad la actividad mientras no exista un tratamiento efectivo o vacuna para el virus.

Desde la AEC, se desea incidir en la recomendación de facilitar formación a los profesionales e invertir en investigación para seguir avanzando en el estudio e impacto en salud de la COVID-19⁵. Así mismo se debe formar en tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para un correcto desarrollo de la telesalud.

Además nos posicionamos a favor de las TIC, valorando positivamente la posibilidad de desarrollar una aplicación móvil cuya funcionalidad sea el autoinforme de síntomas de COVID-19, de tal manera que cada ciudadana/o pudiera descargar la aplicación e informar de si tiene o no tiene síntomas de COVID-19, y si esto no fuera posible por las características particulares del/la ciudadano/a, se debería dotar de dichos dispositivos a los equipos sanitarios para que pudieran realizar el registro de los datos de estos pacientes, siempre teniendo presente la ley sobre protección de datos vigente y su anonimato, lo que permitirá que el sistema sanitario haga la vigilancia de su caso a partir de la información enviada por la aplicación y llevar a cabo el control epidemiológico de la pandemia⁴.

Apostamos decididamente también por aplicaciones móviles que adviertan a la ciudadanía del mayor riesgo que corren como consecuencia del contacto con una persona que sea positivo por COVID-19-19. Serían especialmente pertinentes en la fase de levantamiento de las medidas de contención, momento en que aumenta el riesgo de infección al incrementarse el contacto entre las personas. Estas aplicaciones pueden contribuir a interrumpir las cadenas de infección y reducir el riesgo de transmisión ulterior del virus¹.

5.1. Mantenimiento de la consulta de infección respiratoria.

Hasta que no exista vacuna y tratamiento efectivo esta consulta domiciliaria se debería mantener para atender a los casos posibles y positivos confirmados. Como ya se ha mencionado, deberían ser siempre los mismos miembros del equipo de APS quienes atendieran estas consultas, para evitar riesgo entre trabajadores de centros de salud.

Cuando no sea posible debería realizarse por parte de las/os profesionales del equipo de atención continuada.

6. **CONSIDERACIONES FINALES**

La pandemia ha generado una situación de crisis sanitaria indudable, aparte de en otros ámbitos como el social, económico, educativo... que requiere de respuestas eficaces y eficientes que traten de solucionar los problemas derivados de la misma.

Pero para ello resulta imprescindible tener en cuenta algunas consideraciones sin las que este posicionamiento no tendría sentido.

1.- Las necesidades derivadas de la epidemia, en ningún caso, pueden ni deben suponer la falta de respuestas a necesidades, ya existentes antes de la misma, y que requieren una atención, si cabe, mayor por los efectos colaterales que hayan podido influir en su evolución.

2.- Existen grupos vulnerados a los que se debe prestar atención muy directa para evitar que los efectos de la pandemia agraven su situación (discapacidad, cronicidad, violencia de género, pobreza...).

3.- Asumir los planteamientos que en este posicionamiento se trasladan requiere, sin lugar a dudas, de una adecuación y racionalización en la asignación de enfermeras en base a criterios poblacionales, del contexto y de las necesidades sentidas y percibidas. No hacerlo supondría o bien dejar de atender necesidades al margen del COVID-19, o bien no poder atender las que aquí se enumeran relacionadas con la desescalada, o ambas a la vez. Cualquiera de ellas inasumibles en un Sistema Sanitario que se considera excelente.

4.- La respuesta imprescindible de cuidados profesionales enfermeros ante la actual situación, exige voluntad política para tomar decisiones en el sentido apuntado que, de otra manera, impedirá que la ciudadanía reciba la atención que merece y que repercutirá sensiblemente en la salud individual, familiar y comunitaria.

7. **CONCLUSIONES**

- Vista la situación epidemiológica, la propuesta de desescalada por parte de la AEC es que se realice por zonas básicas de salud.
- Es prioritaria la acción en personas y grupos vulnerables y en PCC, en la desescalada y tras el confinamiento. Además, debería ser prioritario evitar un nuevo repunte de infecciones y un posible colapso sanitario.
- Debido al papel relevante de la APS es necesario su refuerzo allí donde sea preciso, evitar la presión asistencial.
- Es necesaria la dotación de EPI, siendo crucial la realización de test para tranquilidad del personal sanitario y confianza del mismo en el sistema.
- Mientras no se puedan cumplir las medidas de seguridad no se deberían retomar las actividades eliminadas previamente.
- Todas las medidas aportadas en este documento se deben tomar con cautela ya que la evidencia científica sobre el virus cambia a diario, además se deberían adoptar medidas específicas en el medio rural.
- Sería recomendable la creación de un nuevo proceso clínico que recogiera las posibles secuelas generadas por el virus.
- La epidemia ha puesto de manifiesto la necesidad de profesionales con formación en cuidados básicos, identificación de riesgos, normas de desinfección, y sectorización para evitar la propagación de la epidemia.

8. **BIBLIOGRAFÍA**

1. Von der Leyen U, Michel C. Hoja de ruta común europea para el levantamiento de las medidas de contención de la COVID-19-19. European Commission. 2020.
2. Esteve, A., Permanyer, I., & Boertien, D. (2020). La vulnerabilitat de les províncies espanyoles a la COVID-19-19 segons estructura per edats i de co-residència: implicacions pel (des) confinament.
3. Instituto Nacional de Estadística (INE) <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1451#!tabs-tabla> .
4. López J, Mitjà O. Salida coordinada del confinamiento. Control epidemiológico COVID-19-19. Adaptado al plan de Andorra. 2020.
5. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. Noticias. Actualidad Médica. Decálogo.
6. Esteban Herrera, L., & Rodríguez Gómez, J. Á. (2015). Situaciones de dependencia en personas mayores en las residencias de ancianos en España. Ene, 9(2), 0-0.
7. Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de julio de 2017. (2018). Envejecimiento en red. Feb,12. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2017.pdf>
8. Nieto Blanco, E., & Salvador-Morán, M. (2008). La enfermera de soporte en las residencias de ancianos: Evaluación de una experiencia implantada en una zona básica de salud de Madrid. Gerokomos, 19(1), 21-27.
9. Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual.
10. Real Decreto-ley 16/2020, de 28 de abril, de medidas procesales y organizativas para hacer frente al COVID-19-19 en el ámbito de la Administración de Justicia.
11. Documento técnico Manejo en AP del COVID-19-19. Versión de 17 de marzo de 2020. Ministerio de Sanidad. p.4.

12. Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España. [http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los SEM en Espana.pdf](http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los_SEM_en_Espana.pdf)
13. Distancia Social. (2020). Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.
14. Contel, J. C., Muntané, B., & Camp, L. (2012). La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Aten Primaria*, 44(2), 107-113.
15. Vollenbroek-Hutten, M., Jansen-Kosterink, S., Tabak, M., Feletti, L. C., Zia, G., N'dja, A., ... & SPRINTT Consortium. (2017). Possibilities of ICT-supported services in the clinical management of older adults. *Aging clinical and experimental research*, 1-9.
16. Gray, C. S., Mercer, S., Palen, T., McKinstry, B., & Hendry, A. (2016). eHealth Advances in Support of People with Complex Care Needs: Case Examples from Canada, Scotland and the US. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, 19(2), 29-37.
17. Warren, J. R., Falster, M. O., Tran, B., & Jorm, L. (2015). Association of continuity of primary care and statin adherence. *PloS one*, 10(10).
18. Hanlon, P., Daines, L., Campbell, C., McKinstry, B., Weller, D., & Pinnock, H. (2017). Telehealth Interventions to Support Self-Management of Long-Term Conditions: A Systematic Metareview of Diabetes, Heart Failure, Asthma, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, and Cancer. *Journal of Medical Internet Research*, 19(5).
19. Inglis, S. C., Clark, R. A., Dierckx, R., Prieto-Merino, D., & Cleland, J. G. (2016). Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Oct 31;(10).
20. Goode, A.D., Reeves, M.M., Eakin, E.G. Telephone-delivered interventions for physical activity and dietary behavior change: an updated systematic review. *Am J Prev Med*, 2012;42:8
21. Oksman, E., Linna, M., Hörhammer, I., Lammintakanen, J., & Talja, M. (2017). Cost-effectiveness analysis for a tele-based health coaching program for chronic disease in primary care. *BMC Health Services Research*, 17(1), 138

22. Xiang, R., Li, L., & Liu, S. X. (2013). Meta-analysis and meta-regression of telehealth programmes for patients with chronic heart failure. *Journal of telemedicine and telecare*, 19(5), 249-259.
23. Da Silva Ferreira, R. S., & Carvalho da Graça, L. C. (2016). Adesão ao Regime Terapêutico de Pessoas com Hipertensão Arterial em Cuidados de Saúde Primários. *Revista de Enfermagem Referência*, (8), 7.
24. Conthe, P., Contreras, E. M., Pérez, A. A., García, B. B., de Cano Martín, M. F., Jurado, M. G., ... & Pinto, J. L. (2014). Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Revista Clínica Española*, 214(6), 336-344
25. Ortiz, M. Á. V., & Padrés, N. F. (2019). Análisis de concepto: gestión enfermera de la demanda. *AP*, 51(4), 230-235.
26. Pérez Gutiérrez, M. L., Duarte Climents, G., Pérez Hernández, M. J., Gómez, S., Rodríguez Gómez, J. A., & Gómez Salgado, J. (2018). Gestión de la demanda por enfermeras en AP. *Revista Rol de Enfermería*, 41(10), 694-708.
27. Ministerio de Sanidad. Manejo de la Mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19 (2020).
28. Livingstone, K. A., & Ferreira, A. (2009). La efectividad de un modelo metodológico mixto para la enseñanza-aprendizaje de español como lengua extranjera. *Boletín de filología*, 44(2), 89-118.
29. Consejo de dentistas de España. Nota de prensa 17 de marzo de 2020.