

Procedimiento de atención y seguimiento telefónico de contactos, casos posibles y confirmados por SARS-CoV-2 (COVID-19)

Revisión 8 de abril 2020



SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
Consejería de Salud y Familias

Procedimiento de atención y seguimiento telefónico de contactos, casos posibles y confirmados por SARS-CoV-2 (COVID-19)

6 de abril 2020	
Revisión 8 de abril de 2020	Cambios: <ul style="list-style-type: none">– La gestión a través del Trabajador Social de los pacientes sin criterios mínimos de aislamiento con link a Procedimiento de Gestión Social Del Covid-19 en SSPA. Gestión social de las situaciones de aislamiento preventivo en el domicilio (pág. 7) y alerta (pág. 8)– El seguimiento hasta el alta de las neumonías de bajo riesgo (pág.10)

Equipo de trabajo

Atienza Martín, Francisco. *Médico Familia Distrito Sanitario Sevilla. Vocal SEMERGEN*

Minué Lorenzo, Sergio. *Profesor EASP*

Moraleda Barba, Sandra. *Directora Gerente del Distrito Sanitario de Atención Primaria Jaén*

Navarro Perez, Pilar. *Profesora EASP*

Ortega Carpio, Antonio. *Director Gerente del Distrito Sanitario de Atención Primaria Condado-Campiña*

Actualizado 08/04/2020

Índice

INTRODUCCIÓN	1
Premisas	1
CRITERIOS PARA CONSIDERAR LA ATENCIÓN TELEFÓNICA DOMICILIARIA	2
Población diana	2
ESCENARIO 1: CRIBADO TELEFÓNICO DE PACIENTES DESDE SALUD RESPONDE/ATENCIÓN CIUDADANÍA.....	3
Límites de entrada	3
Profesional que lo realiza preferentemente.....	3
Objetivo	3
Procedimiento.....	3
Cuestionario 1. Valoración de la sintomatología asociada a infección por COVID-19.....	3
Toma de decisión.....	4
Recomendaciones.....	4
ESCENARIO 2: VALORACIÓN DE DEMANDAS DE ASISTENCIA TELEFÓNICA NO DEMORABLE (NO COVID-19)	5
Límites de entrada	5
Profesional que lo realiza preferentemente.....	5
Objetivo	5
Procedimiento.....	5
Cuestionario 2a. Valoración inicial caso posible COVID-19	5
Cuestionario 2b. Valoración de la Disnea de forma no presencial	6
Toma de decisión.....	6
Recomendaciones.....	6
ESCENARIO 3: PRIMERA VALORACIÓN DE DEMANDA DE ASISTENCIA TELEFÓNICA NO DEMORABLE (COVID-19).....	7
Límites de entrada	7
Profesional que lo realiza preferentemente.....	7
Objetivo	7
Procedimiento.....	7
Cuestionario 3. Valoración factores de riesgo.....	7
Cuestionario 4. Valoración de signos de alarma.	8
Cuestionario 5. Valoración de los criterios mínimos de aislamiento domiciliario	8
Toma de decisión.....	9
Recomendaciones.....	9
ESCENARIO 4: SEGUIMIENTO DE PACIENTES SINTOMÁTICOS AISLADOS EN DOMICILIO.....	10
Límites de entrada	10
Profesional que lo realiza preferentemente.....	10
Objetivo	10
Procedimiento.....	10
Toma de decisión.....	10
Recomendaciones.....	10
ESCENARIO 5: SEGUIMIENTO DE PACIENTES SINTOMÁTICOS AISLADOS EN DOMICILIO EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS.....	12
Límites de entrada	12
Criterios de Manejo Domiciliario.....	12
Profesional que lo realiza preferentemente.....	12
Objetivo	12
Procedimiento.....	12
Toma de decisión.....	13
Recomendaciones.....	13
ANEXOS	14
Anexo 1. La Seguridad del Paciente en la Asistencia Sanitaria Telefónica.	14
Anexo 2. Apoyo emocional a profesionales del centro de salud	15
Anexo 3. Recomendaciones de tratamiento sintomático específico.....	15
Anexo 4. Criterios visita presencial.....	16
Anexo 5. Criterios de Derivación Hospitalaria	16
Anexo 6. Recomendaciones de aislamiento domiciliario para casos y contactos estrechos	17
Anexo 7. Recomendaciones de ejercicio físico	18
Anexo 8. Recomendaciones de afrontamiento del aislamiento	19
Anexo 9. Recomendaciones para la atención psicológica	20
Anexo 10. Factores en conducta suicida.....	21
Anexo 11. Valoración QTc en pacientes COVID en tratamiento Cloroquina	22
Anexo 12. Flujograma de tratamiento desde el Servicio de Urgencias	23
Anexo 13. Afrontamiento del duelo	24
Anexo 14. Recomendaciones generales relacionadas con las decisiones éticas difíciles	25

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria es un nivel asistencial clave en el control de la epidemia de COVID-19, y en el cuidado de toda la población.

La Subdirección de Atención Primaria de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud a través del siguiente documento, quiere poner a disposición de los profesionales de Atención Primaria otra herramienta que facilite la respuesta homogénea ante la pandemia que vivimos.

La valoración y seguimiento telefónica de los casos y contactos COVID 19 son alternativas muy resolutivas que limitan la exposición.

A continuación, se ofrecen una serie de procedimientos y algoritmos para facilitar el proceso de atención telefónica que permita una respuesta para la evaluación y seguimiento de contactos estrechos, caso posible, probable o confirmado por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19).

Premisas

En esta situación de pandemia, el tipo de asistencia (telefónica, presencial o domiciliaria; ordinaria, urgente o emergente) se decidirá por los profesionales sanitarios tras la valoración de la situación clínica del paciente.

Las áreas de atención al ciudadano y profesionales que atienden la recepción de los centros de salud y puntos de atención continuada criban a los pacientes que tienen síntomas respiratorios (tos, dificultad para respirar, dolor de garganta o fiebre), que hayan contactado de modo telefónico, presencial o en Salud Responde.

Como primera opción, y si la condición del paciente lo permite, incluyendo Servicio de Atención al Usuario (SAU), al paciente **se le concierta una consulta telefónica con su equipo de salud de AP de referencia** (medicina o enfermería). La cita telefónica consistirá en indagar sobre la sintomatología y dar las recomendaciones sanitarias de aislamiento y seguimiento.

Cuando sea necesaria la valoración presencial, se citará al paciente en el centro de salud sectorizado de referencia en las áreas específicas habilitadas. Si no fuera posible el desplazamiento al centro, se procederá a la atención domiciliaria por los profesionales de referencia.

CRITERIOS PARA CONSIDERAR LA ATENCIÓN TELEFÓNICA DOMICILIARIA

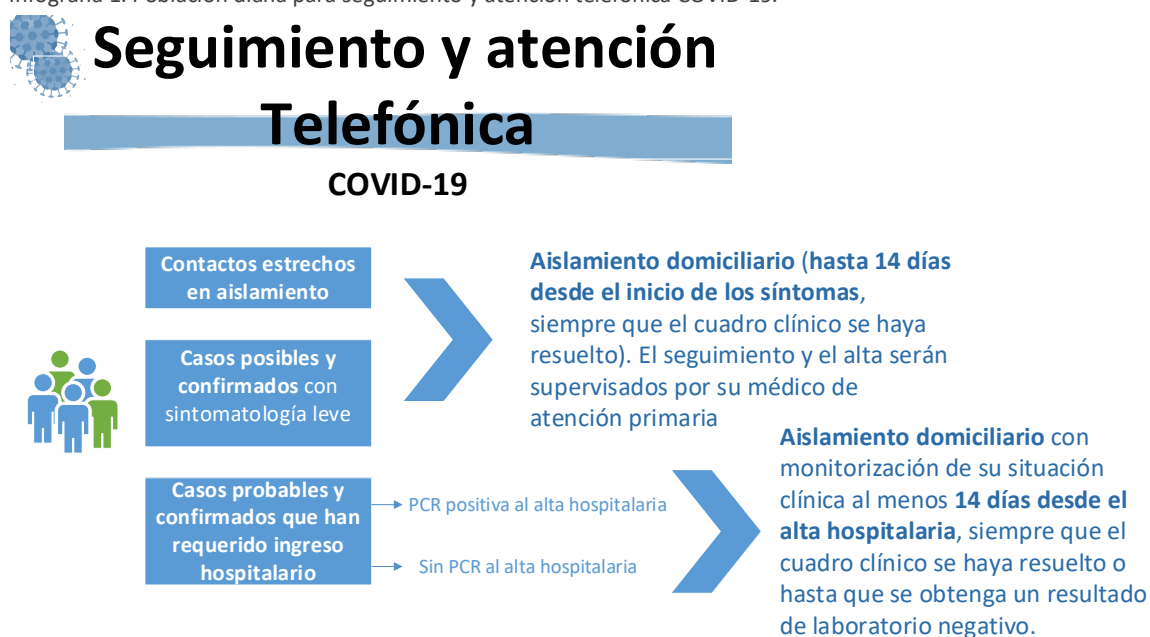
En las infografías 2-6 se explica el manejo telefónico de la persona caso posible de COVID-19, así como el procedimiento de actuación y cambios organizativos de Atención Primaria para el escenario de transmisión comunitaria de esta infección.

Se ha intentado dar una respuesta que pueda aplicar en la mayoría de los casos. No obstante, la coordinación entre niveles asistenciales y el papel de los equipos de atención primaria debe permitir resolver las diferentes situaciones.

Población diana

1. Casos posibles, probables o confirmados de COVID-19 con síntomas leves y sin criterios de ingreso hospitalario (se valorará individualmente según la situación clínica y el momento epidemiológico concreto).
2. Caso confirmado de COVID-19 en ingreso hospitalario que recibe el alta hospitalaria (aunque mantenga PCR+) y requiere seguimiento y medidas de aislamiento.
3. Contactos estrechos en aislamiento.

Infografía 1. Población diana para seguimiento y atención telefónica COVID-19.



ESCENARIO 1:

CRIBADO TELEFÓNICO DE PACIENTES DESDE SALUD RESPONDE/ATENCIÓN CIUDADANÍA

Límites de entrada

- Pacientes que llaman al Centro Salud/Salud Responde consultando para solicitar atención sanitaria presencial

Profesional que lo realiza preferentemente

- Administrativo SAU/Operador Salud Responde

Objetivo

- Valorar la presencia de síntomas relacionados con la infección por COVID-19
- Dirigir la solicitud de asistencia al circuito adecuado (Demorable/Telefónico/Presencial)

Procedimiento

1. PREGUNTA ABIERTA que realiza el SAU al descolgar el teléfono:
BUENOS DÍAS, está llamando al centro salud ¿qué necesita?
2. Valoración de la sintomatología asociada a infección por COVID-19
 - Aplicar [Cuestionario 1](#).
3. Informar de la situación epidemiológica y sanitaria actual de los centros actual
 - Los problemas menores o programables es preferible demorarlos y no acudir al centro
 - Existencia de un canal telefónico para realizar consultas con su médico o enfermero
 - Existencia de un doble circuito presencial según que el paciente presente patología respiratoria (COVID-19) o no (No COVID-19) en caso de que el paciente refiera que su patología es no demorable y que no puede ser atendida telefónicamente
4. Asignar cita (Ver Infografía 2)
 - **Telefónica:** Para problemas no demorables que SI puedan ser atendidos telefónicamente bien en agenda Médica o de Enfermería asignándolo a uno de los circuitos COVID-19/NO COVID-19 en <24h
 - Enfermera de Familia de referencia: Curas, extracciones, prescripción apósitos/tiras y dudas sintomáticas menores en especial si hay síntomas respiratorios
 - Médico de Familia de referencia: Consultas complejas, prescripciones, informes de salud
 - **Evitar cita Presencial:** Para problemas no demorables que NO puedan ser atendidos telefónicamente bien en agenda Médica o de Enfermería según el paciente, intentar valoración telefónica inmediata por parte del médico/enfermero antes de citar presencial.

Cuestionario 1. Valoración de la sintomatología asociada a infección por COVID-19

PREGUNTA	SI	NO	Observaciones
¿Tiene Vd. tos? ¿Desde cuándo?			Nº de días:
¿Tiene Vd. fiebre? ¿Desde cuándo?			Nº de días:
¿Se ha puesto el termómetro?			Tª:
¿Tiene Vd. dificultad para respirar?			
¿Tiene Vd. dolor de garganta?			
¿Tiene Vd. algún otro síntoma? ¿Cuál?			Especificar síntoma

Toma de decisión

Prioridad de Urgencia	Opción Telefónica	Actuación
Demorable	No procede	Demorar demanda
No Demorable	Posible según el paciente	Citar Consulta Telefónica en <24h - Enfermería (COVID-19/NO COVID-19) - Medica (NO COVID-19)
No Demorable	No posible según el paciente	Intentar valoración telefónica inmediata por parte del médico/enfermero antes de citar presencial
Urgente	No procede	Activar procedimiento específico

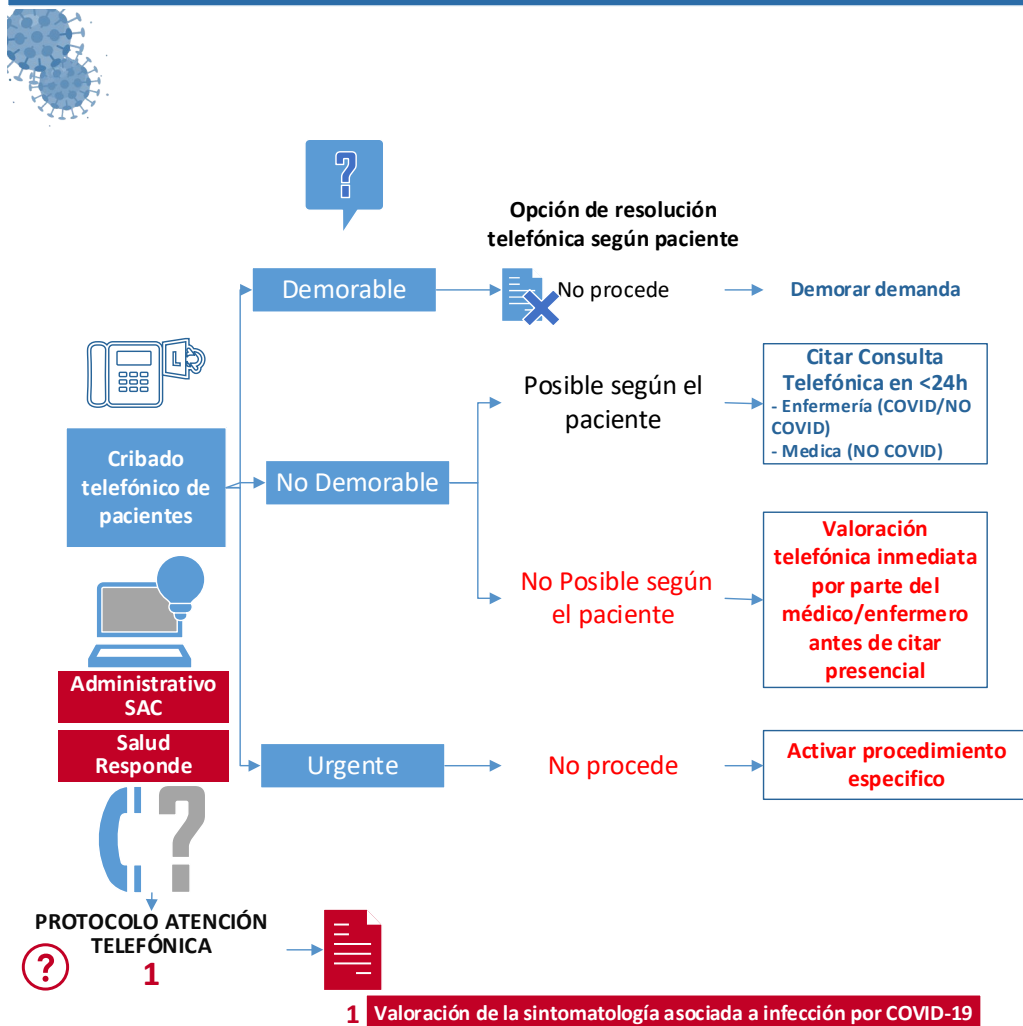
Recomendaciones

- Seguridad del paciente y atención telefónica ([Anexo 1](#))
- Apoyo emocional a profesionales del centro de salud ([Anexo 2](#))

Infografía 2. Escenario 1: Cribado telefónico de Pacientes desde Salud Responde/Atención Ciudadanía.

ESCENARIO 1:

CRIBADO TELEFÓNICO DE PACIENTES DESDE SALUD RESPONDE/ATENCIÓN CIUDADANÍA



ESCENARIO 2:

VALORACIÓN DE DEMANDAS DE ASISTENCIA TELEFÓNICA NO DEMORABLE (NO COVID-19)

Límites de entrada

- Pacientes que consultan por patología No demorable SIN sospecha COVID-19 que SI puede ser valorada telefónicamente en 24-48 horas y son citados desde el SAC/SR.
- Pacientes similares a los anteriores que, según el paciente, necesitan valoración presencial, y que son citados de forma preferente en la agenda del día del médico o enfermero referente para evitar visita presencial al centro.

Profesional que lo realiza preferentemente

- Enfermera de Familia de referencia: Curas, extracciones, prescripción apósitos/tiras y dudas sintomáticas menores
- Médico de Familia de referencia: Consultas complejas, prescripciones, informes de salud

Objetivo

- Descartar siempre la presencia de síntomas relacionados con la infección por COVID-19
- Resolver problemas asistenciales no demorables o administrativos que requieren asistencia telefónica por un sanitario.

Procedimiento

1. Valoración inicial caso posible COVID-19

- Aplicar [Cuestionario 2a](#).
- Para valoración de disnea revisar [Cuestionario 2b](#).

2. Valoración telefónica de la demanda asistencial del paciente (NO COVID-19)

Aplicar protocolos específicos

Cuestionario 2a. Valoración inicial caso posible COVID-19

PREGUNTA	SI	NO	Observaciones
¿Tiene Vd. tos? ¿Desde cuándo?			Nº de días:
¿Tiene Vd. fiebre? ¿Desde cuándo?			Nº de días:
¿Se ha puesto el termómetro?			Tª:
¿Tiene Vd. dificultad para respirar?			
¿Tiene dificultad para respirar cuando está sentado?			
¿Tiene dificultad para respirar cuando camina?			
En cuadros de disnea sin tos ni fiebre, buscar otras causas:			
¿Tiene Vd. dolor de garganta?			
¿Tiene Vd. dolor muscular?			
¿Tiene Vd. dolor de cabeza?			
¿Tiene Vd. nauseas o vómitos?			
¿Tiene Vd. diarrea?			
¿Ha perdido Vd. el olfato?			
¿Ha perdido Vd. el gusto? ¿saborea las comidas?			

Cuestionario 2b. Valoración de la Disnea de forma no presencial



VALORACIÓN DE LA DISNEA DE FORMA NO PRESENCIAL

Se ha encontrado consenso en estas recomendaciones:

1. Pedirle al paciente que describa su disnea con sus propias palabras, con preguntas abiertas, y escuchando si puede completar las frases: “¿Qué tal respira hoy?”
2. Las tres preguntas clave del check del NHS 111 puede ser útiles:
 - “¿Se fatiga tanto que no es capaz de decir más que unas pocas palabras seguidas?”
 - “¿Le cuesta más o menos de lo habitual respirar sin hacer esfuerzos?”
 - “¿Se encuentra tan mal que ha dejado de hacer todas sus actividades habituales?”
3. Centrarse en los cambios:
 - Un claro relato de empeoramiento es más importante que las sensaciones respiratorias actuales.
 - Hacer preguntas como: ¿está respirando más rápido, más despacio o como siempre? ¿Qué podía hacer ayer que hoy no puede? ¿Qué nota en su respiración hoy diferente a la de ayer?
4. Interpretar la disnea en el contexto del paciente y signos físicos: por ejemplo, respiración ruidosa o contar que tiene los labios azulados debe ponernos en alerta. No parece que la medición de la frecuencia respiratoria vía telefónica sea fiable, pero si es posible hacerlo con una conexión de video, que además aporta otra información.

Fuente: Modificado del Cuestionario para la valoración de la disnea de forma no presencial incluido en el Procedimiento de atención y seguimiento domiciliario de casos posibles y confirmados por SARS-CoV-2 (COVID-19) del Servicio de Salud del Principado de Asturias que fue elaborado a partir de COVID-19: a remote assessment in primary care. BMJ 2020;368:m1182 doi: 10.1136/bmj.m1182 (Published 25 March 2020)

Toma de decisión

Sintomatología compatible COVID-19	Continuar con Escenario 3
No sintomatología compatible COVID-19	Resolución telefónica de la demanda de asistencia por el profesional Médico o Enfermera salvo que el profesional sanitario considere que requiere cita presencial (en centro salud o domicilio).

Recomendaciones

- Seguridad del paciente y atención telefónica ([Anexo 1](#))
- Apoyo emocional a profesionales del centro de salud ([Anexo 2](#))

Infografía 3. Escenario 2: Valoración de Demandas de Asistencia Telefónica no Demorable (No COVID-19).

ESCENARIO 2:

VALORACIÓN DE DEMANDAS DE ASISTENCIA TELEFÓNICA NO DEMORABLE (NO COVID-19)



ESCENARIO 3:

PRIMERA VALORACIÓN DE DEMANDA DE ASISTENCIA TELEFÓNICA NO DEMORABLE (COVID-19)

Límites de entrada

- Pacientes con patología No Demorable Y sospecha COVID-19, citados desde el Servicio Atención a la Ciudadanía/Salud Responde en Consulta telefónica de Enfermería.
- Pacientes citados desde el CS/SR SIN sospecha COVID-19 que durante la entrevista telefónica se detecte por Medico o Enfermero sintomatología COVID-19 (Escenario 2)

Profesional que lo realiza preferentemente

- Enfermera de Familia de referencia. Si la detección de la demanda la hace el medico durante una intervención NO COVID-19, el profesional continuara la intervención (Escenario 2)

Objetivo

- Confirmar la presencia de síntomas relacionados con la infección por COVID-19.
- Evaluar la gravedad de la clínica
- Decidir el seguimiento sanitario y el aislamiento apropiado

Procedimiento

1. Valoración de la sintomatología asociada a infección por COVID-19

- Aplicar [Cuestionario 2a](#) (Escenario 2. Página 5)
- Para valoración de disnea revisar [Cuestionario 2b](#) (Escenario 2. Página 6)

2. Valoración de los criterios de gravedad y urgencia (en sintomáticos)

- **Valoración de factores de riesgo (verificar en la Hª clínica del paciente)**
Aplicar [Cuestionario 3](#).
- **Valoración de criterios clínicos (signos de alarma o banderas rojas)**
Aplicar [Cuestionario 4](#)

3. Valoración de los criterios mínimos de aislamiento domiciliario

Aplicar [Cuestionario 5](#). En caso de no cumplir con los criterios mínimos de aislamiento, derivar al TRABAJADOR SOCIAL que actuará según Procedimiento de Gestión Social del COVID-19 en el SSPA (<https://bit.ly/3ea9DaT>)

4. Declaración de Caso Posible en Encuesta de Casos y Contactos poblacionales por M. Familia

Cuestionario 3. Valoración factores de riesgo

FACTOR DE RIESGO		
¿Qué edad tiene?	años	
	SI	NO
¿Padece Vd. diabetes?		
¿Padece Vd. HTA?		
¿Está Vd. embarazada?		
¿Padece Vd. alguna enfermedad crónica del corazón?		
¿Padece Vd. alguna enfermedad crónica del pulmón?		
¿Padece Vd. alguna enfermedad crónica del hígado?		
¿Padece Vd. alguna enfermedad crónica del riñón?		
¿Padece Vd. algún tumor?		
¿Toma Vd. algún medicamento que le baje las defensas?		

Cuestionario 4. Valoración de signos de alarma.

¿Cómo se encuentra Vd. hoy? Si el paciente no refiere mejoría o estabilidad preguntar si ha empeorado de forma importante desde el último contacto

SIGNOS DE ALARMA	Pregunta	SI	NO
Tos persistente	¿Tiene tos? ¿La tos que tiene le dificulta para comer o beber?		
Expectoración abundante y purulenta	¿Tiene expectoración? ¿Es abundante, verdosa o marrón con pus?		
Hemoptisis	¿La expectoración tiene cierto color rojo como con sangre?		
Taquipnea	En la conversación se le nota el habla entrecortada y presenta dificultad para mantener la conversación.		
Dolor pleurítico	¿Tiene dolor que le dificulte la respiración?		
	¿Es un dolor nuevo?		
	¿Ha empeorado un dolor que tenía previo?		
Nivel de conciencia*	Si durante la entrevista sospecha alteración en el nivel de conciencia, hable con un acompañante del paciente para corroborarlo, siempre que sea posible.		
Fiebre alta $\geq 39,5^{\circ}\text{C}$	Indicar al paciente que se tome temperatura durante la entrevista.		
Vómitos incoercibles	¿Tiene vómitos? ¿Los vómitos son tan continuos que le impiden alimentarse?		
Diarrea abundante	¿Tiene diarrea? ¿Ha tenido más de 10 deposiciones en un día o entre 5 y 10 durante más de 3 días?		

*Realizar test validados de ansiedad y depresión. Explorar ideas de suicidio.

Fuente: Guía de ayuda para la evaluación clínica telefónica en el seguimiento domiciliario del paciente infectado por COVID-19. Gerencia Asistencial de Atención primaria Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid



ANTE LA PRESENCIA DE UNA RESPUESTA AFIRMATIVA DEBE REMITIRSE AL PACIENTE PARA VALORACIÓN POR EL MÉDICO DE FAMILIA.



¡ATENCIÓN! En los seguimientos posteriores al 7º día debe considerarse, además:

Pregunta	SI	NO
Duración de dificultad respiratoria superior a 14 días		
Duración de la fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) superior a 7 días		
Duración de la tos superior a 14 días		



ANTE LA PRESENCIA DE UNA RESPUESTA AFIRMATIVA DEBE REMITIRSE AL PACIENTE PARA VALORACIÓN POR EL MÉDICO DE FAMILIA.

Cuestionario 5. Valoración de los criterios mínimos de aislamiento domiciliario

Pregunta	SI	NO
¿Vive solo/a?		
¿Tiene a su cargo alguna persona mayor o dependiente?		
¿Tiene familia o alguna persona que le ayude en la limpieza, compra, elaboración de la comida?		
¿Puede aislarse en una habitación separada del resto de su familia?		



ANTE LA PRESENCIA DE UNA RESPUESTA AFIRMATIVA DEBE REMITIRSE AL PACIENTE PARA VALORACIÓN POR TRABAJADOR SOCIAL.

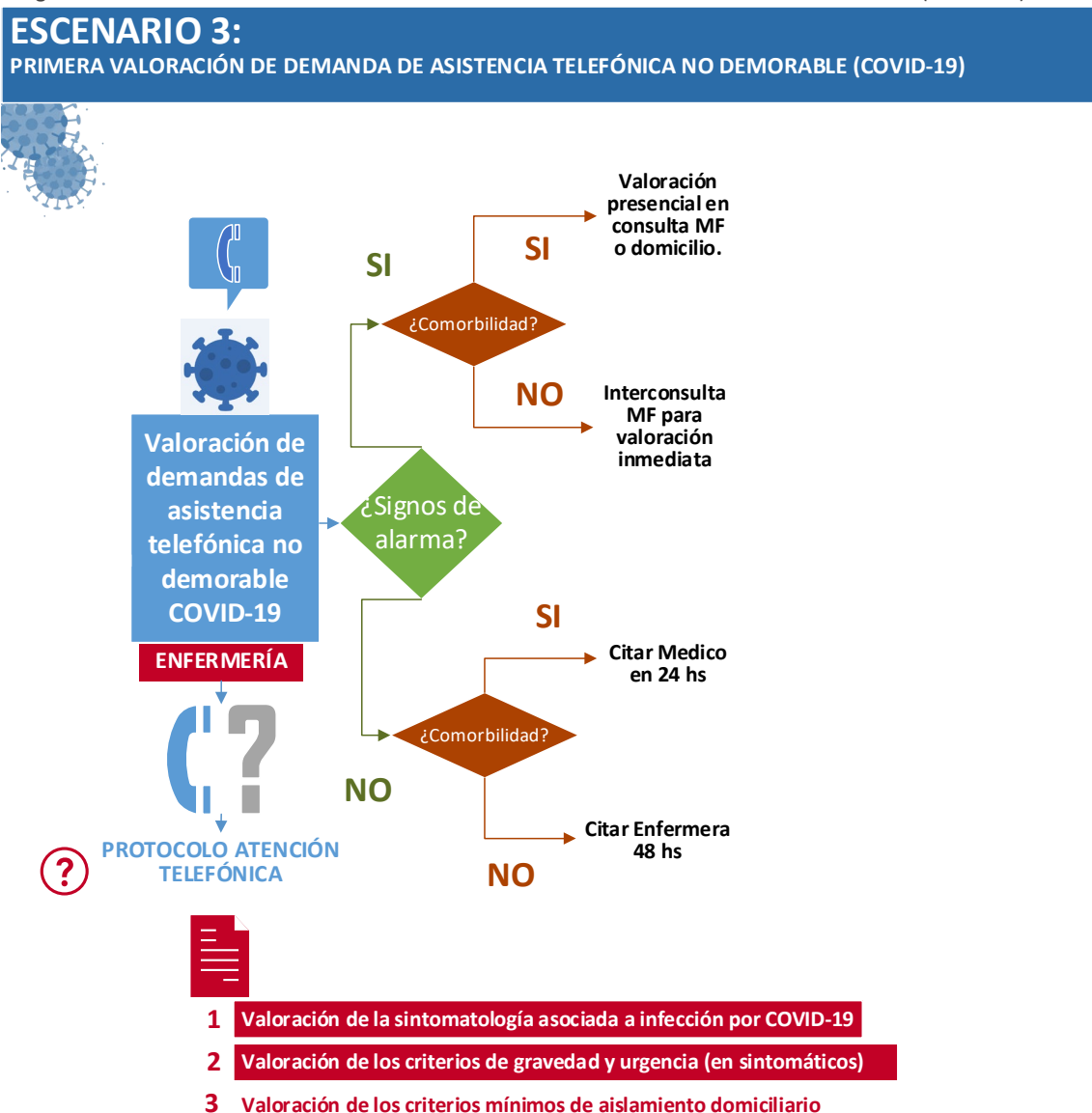
Toma de decisión

Signos alarma	Comorbilidad	Actuación
Si	Si	Valoración presencial en consulta MF o domicilio.
	No	Interconsulta MF para valoración inmediata
No	Si	Citar Medico en 24 h
	No	Citar Enfermera 48 h

Recomendaciones

- Seguridad del paciente y atención telefónica ([Anexo 1](#))
- Apoyo emocional a profesionales del centro de salud ([Anexo 2](#))
- Recomendaciones de tratamiento sintomático específico ([Anexo 3](#))
- Criterios visita presencial ([Anexo 4](#))
- Criterios de derivación hospitalaria ([Anexo 5](#))
- Recomendaciones para aislamiento domiciliario para casos y contactos estrechos ([Anexo 6](#)).
- Recomendaciones de ejercicio físico ([Anexo 7](#)).
- Recomendaciones de afrontamiento aislamiento ([Anexo 8](#)).
- Recomendaciones para la atención psicológica ([Anexo 9](#))
- Factores en conducta suicida ([Anexo 10](#))

Infografía 4. Escenario 3: Primera Valoración de Demanda de Asistencia Telefónica No Demorable (COVID-19)



ESCENARIO 4:

SEGUIMIENTO DE PACIENTES SINTOMÁTICOS AISLADOS EN DOMICILIO

Límites de entrada

- Pacientes CON sospecha COVID-19, pero SIN criterios de gravedad, que pueden mantener aislamiento domiciliario
 - Autocitados telefónicamente desde consulta Médica o de Enfermería
 - Derivados desde el CS tras Consulta Presencial
 - Paciente de alta hospitalaria con PCR positiva o de alta sin PCR.

Profesional que lo realiza preferentemente

- Enfermera de Familia de referencia: Casos posibles SIN signos de alarma NI Comorbilidad
- Médico de Familia de referencia: Casos posibles CON signos de alarma O Comorbilidad

Objetivo

- Determinar la evolución clínica de síntomas relacionados con la infección por COVID-19
- Reevaluar la gravedad de la clínica
- Evaluar la situación de los contactos y el cumplimiento del régimen de aislamiento

Procedimiento

1. **Valoración de la sintomatología asociada a infección por COVID-19**
 - Aplicar [Cuestionario 2a](#) (Escenario 2. Página 5)
 - Para valoración de disnea revisar [Cuestionario 2b](#) (Escenario 2. Página 6)
2. **Valoración de los criterios de gravedad y urgencia (en sintomáticos)**
 - **Valoración de factores de riesgo (verificar en la Hª clínica del paciente)**
Aplicar [Cuestionario 3](#) (Escenario 3. Página 7)
 - **Valoración de criterios clínicos (signos de alarma o banderas rojas)**
Aplicar [Cuestionario 4](#) (Escenario 3. Página 8)
3. **Evaluar la situación de los contactos y el cumplimiento del régimen de aislamiento**
4. **En caso de tratamiento con Cloroquina o Hidroxicloroquina valorar QTc a los 3 días** ([Anexo 11](#) y [Anexo 12](#))
5. En pacientes con **neumonía de bajo riesgo dados de alta con tratamiento y buena evolución** solicitar analítica de control a los 14 días (HG, BQ, LDH, Coagulación, PCR y Dímero D si disponible) y RXT a las 6 semanas.

Toma de decisión

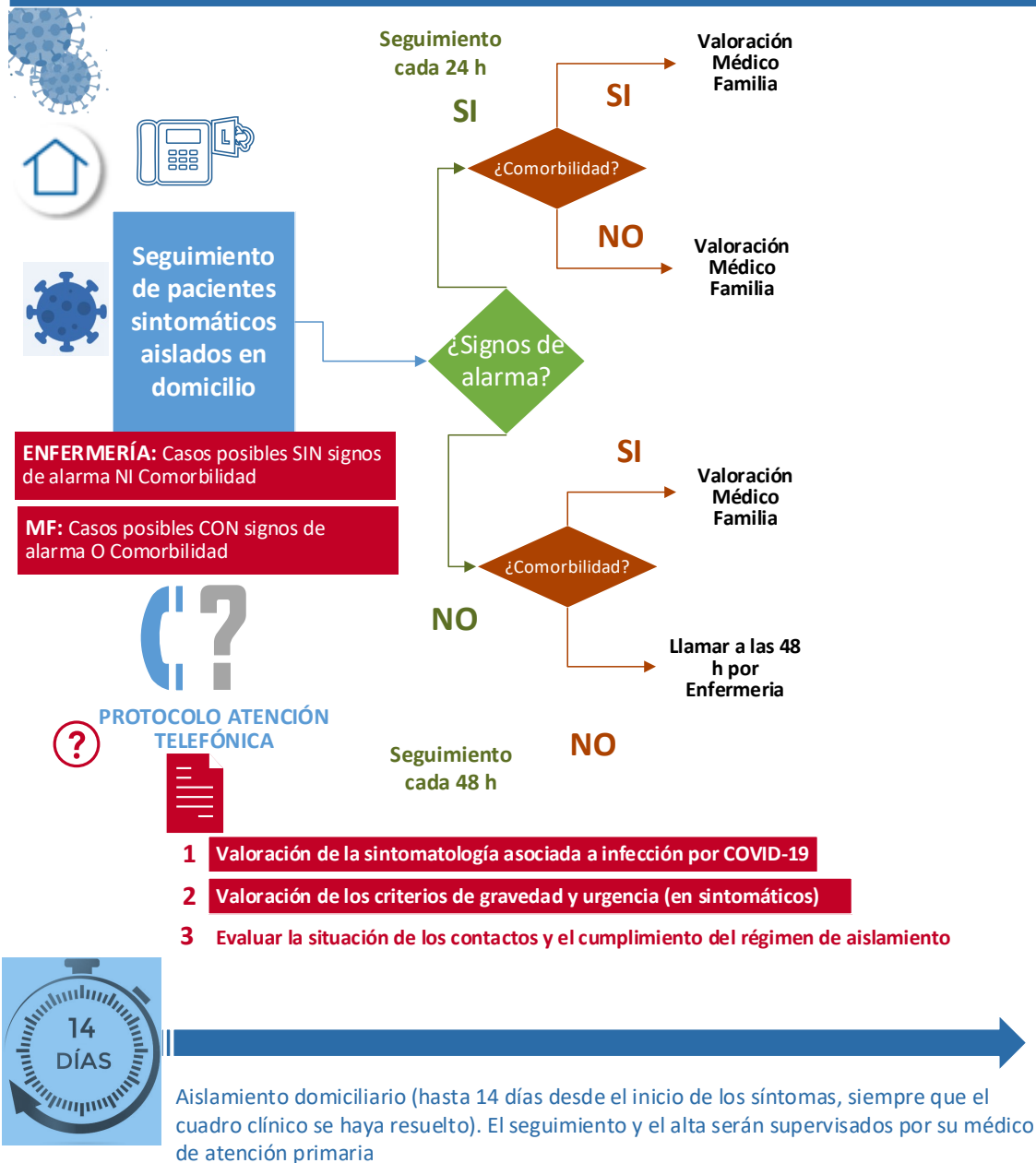
Gravedad	Seguimiento	Comorbilidad	Profesional
No	48 horas	No	Enfermería
		Si	Médico/Enfermero alternando
Si	24 horas	No	Médico de Familia
		Si	Médico de Familia

Recomendaciones

- Seguridad del paciente y atención telefónica ([Anexo 1](#))
- Apoyo emocional a profesionales del centro de salud ([Anexo 2](#))
- Recomendaciones de tratamiento sintomático específico ([Anexo 3](#))
- Criterios visita presencial ([Anexo 4](#))
- Criterios de derivación hospitalaria ([Anexo 5](#))
- Recomendaciones para la atención psicológica ([Anexo 9](#))
- Factores en conducta suicida ([Anexo 10](#))

ESCENARIO 4:

SEGUIMIENTO DE PACIENTES SINTOMÁTICOS AISLADOS EN DOMICILIO



ESCENARIO 5:

SEGUIMIENTO DE PACIENTES SINTOMÁTICOS AISLADOS EN DOMICILIO EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS

Límites de entrada

Autocitación o citación por otro profesional sanitario del centro de salud de pacientes en situación de gravedad, no candidatos a traslado a hospital.

Criterios de Manejo Domiciliario

- **Sospecha /Confirmación de infección por COVID 19 junto con signos de compromiso respiratorio:** Cianosis, usos de musculatura accesoria, desaturación
- **...y además:**
 1. Cualquier enfermedad con una expectativa de vida inferior a un año (NECPAL +) (Anexo NECPAL)
 2. Paciente con edad superior a 80 años y con enfermedad grave de órgano:
 - Insuficiencia orgánica en estado avanzado o final
 - Insuficiencia cardíaca NYHA clase III o IV o EPOC con FEV1<25%
 - Hipertensión pulmonar secundaria, fibrosis quística con FEV1<30% post broncodilatador, fibrosis pulmonar con TLC<60%, Hipertensión pulmonar primaria con NYHS clase III o IV, necesidad de oxigenoterapia domiciliaria
 - Fracaso hepático con Child-Pugh score >7
 3. Deterioro cognitivo severo de base
 4. Enfermedad neuromuscular avanzada sin posibilidad de tratamiento
 5. Evento neurológico severo e irreversible
 6. Escala de fragilidad igual o superior a 7
 7. Paciente paliativo oncológico

Profesional que lo realiza preferentemente

- Médico y enfermera de familia de referencia.
- Coordinación a través de Enfermera gestora de Casos referente para asegurar la continuidad asistencial las 24 horas del día.
- El equipo de soporte de cuidados Paliativos está accesible por contacto telefónico / presencial para reforzar la intervención.

Objetivo

Realizar acompañamiento del paciente y sus familiares en la situación de últimos días y valorar las necesidades de atención sanitaria presencial (incluida sedación paliativa si fuese necesario).

Procedimiento

Consulta telefónica con familiares y/o cuidadores formales diaria:

- Explicar la situación de comorbilidad previa
- Explicar la evolución de la infección
- Informar sobre la sospecha de pronóstico limitado (horas/días)
- Ofrecer posibilidad de responder a sus preguntas
- Facilitar el teléfono de apoyo psicológico para familiares
- Valorar la situación clínica
 - Debilidad profunda y progresiva
 - Postración en cama
 - Somnolencia

- Disminución o pérdida de ingesta
- Alteración de constantes vitales
- Oliguria o anuria
- Frialidad cutánea
- Ruidos respiratorios
- Constantes vitales (pulso, TA, Sat O₂) si los cuidadores pueden determinarla
- Necesidad de sedación paliativa ante síntomas refractarios
 - distress respiratorio agudo
 - delirium hiperactivo
- Valorar y acompañar el duelo tras el fallecimiento

Toma de decisión

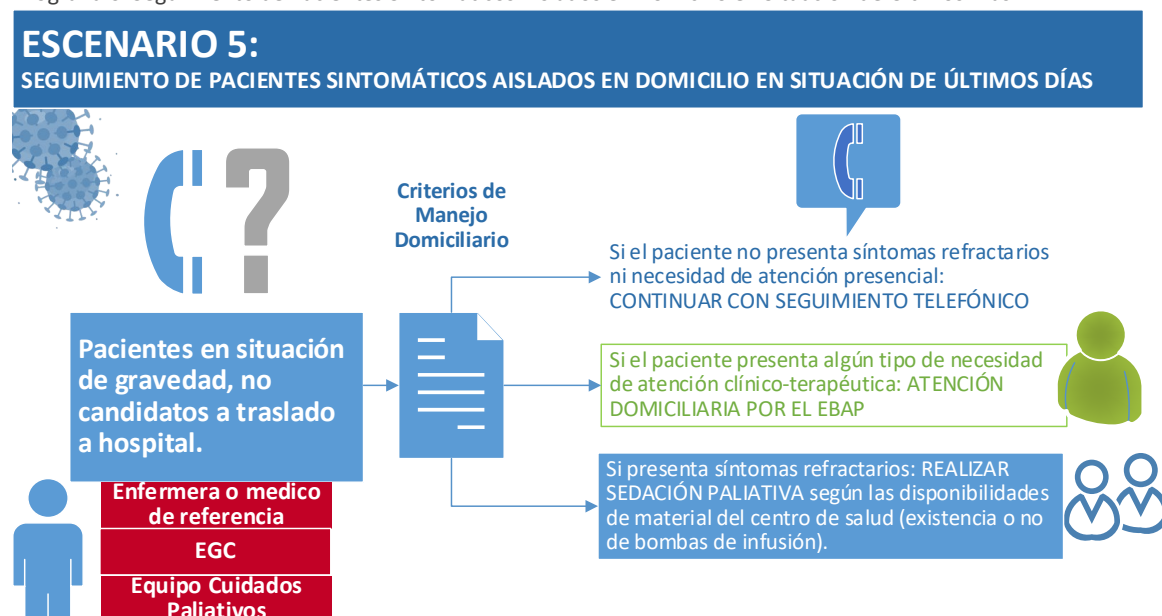
- Si el paciente no presenta síntomas refractarios ni necesidad de atención presencial: CONTINUAR CON SEGUIMIENTO TELEFÓNICO
- Si el paciente presenta algún tipo de necesidad de atención clínico-terapéutica: ATENCIÓN DOMICILIARIA POR EL EBAP
- Si presenta síntomas refractarios: REALIZAR SEDACIÓN PALIATIVA según las disponibilidades de material del centro de salud (existencia o no de bombas de infusión).

SITUACIÓN CLÍNICA	SEGUIMIENTO	PROFESIONAL
Estable	Telefónico	Médico de familia/Enfermera
Con necesidad de atención	Presencial	Médico de familia/Enfermera
Con síntoma refractarios	Plantear Sedación	Médico de familia/Enfermera

Recomendaciones

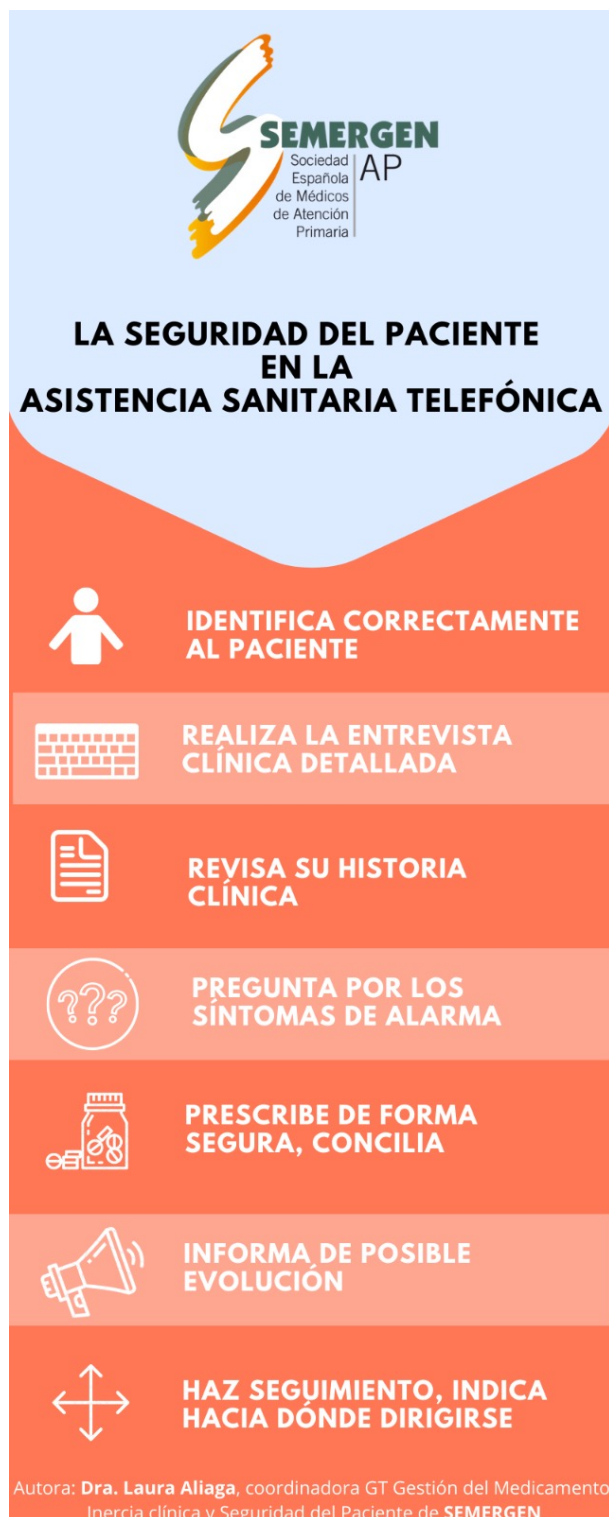
- Afrontamiento del duelo ([Anexo 13](#)).
- Recomendaciones generales relacionadas con las decisiones éticas difíciles ([Anexo 14](#)).

Infografía 6. Seguimiento de Pacientes Sintomáticos Aislados en Domicilio en Situación de Últimos Días.

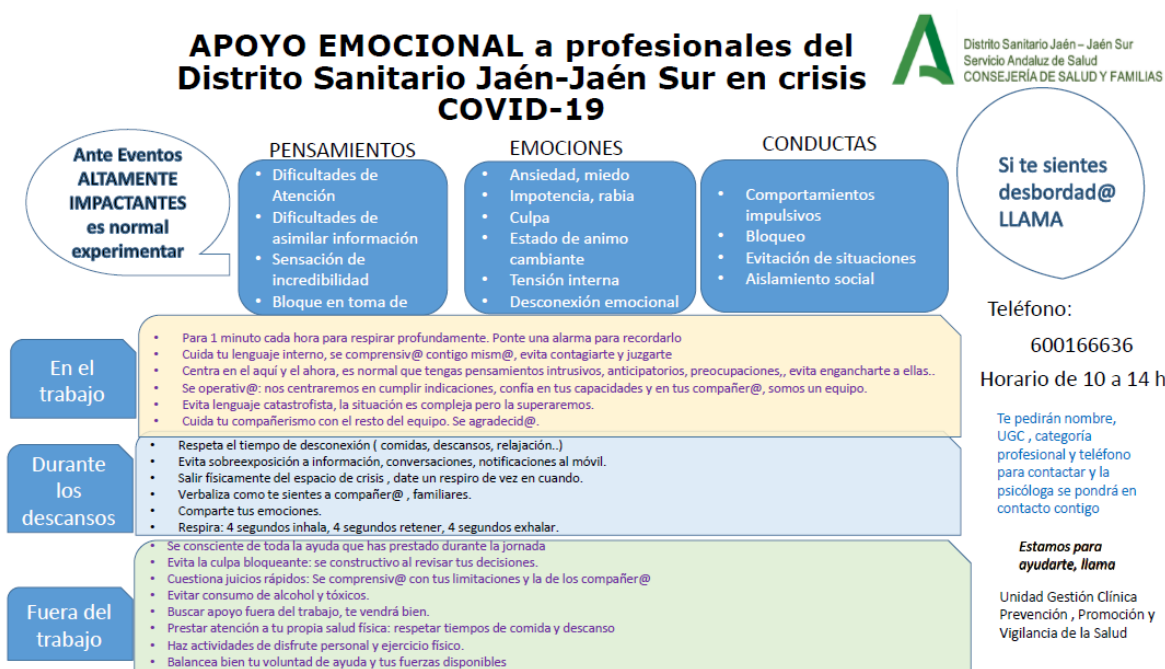


Anexos

Anexo 1. La Seguridad del Paciente en la Asistencia Sanitaria Telefónica.



Anexo 2. Apoyo emocional a profesionales del centro de salud



Anexo 3. Recomendaciones de tratamiento sintomático específico

Desde Atención Primaria, en consulta telefónica seguiremos las indicaciones vigentes hasta el momento, pudiendo hacer uso de los siguientes fármacos

- Antitérmicos:
 1. Paracetamol 1 gr cada 8 horas.
 2. Metamizol 575 mg cada 8 horas.
 3. AINE (no hay evidencia de aumento de riesgo con Ibuprofeno): se puede pautar ibuprofeno 400 mg / 8 h
- DISNEA LEVE:
 1. Broncodilatadores: Cartucho presurizado con cámara espaciadora (evitar aerosoles). Salbutamol 2 inh cada 4 horas. Establecer una consulta presencial.

Anexo 4. Criterios visita presencial

Criterios para realizar visita presencial no Demorable y valorar la realización de analítica de sangre y radiografía de tórax

Tener en cuenta la presencia de los siguientes Antecedentes Personales:

- Edad > 60 años
- Neumopatía previa
- Enfermedad Renal crónica
- DM2
- HTA
- ECV
- Tratamiento biológico, trasplante u otra inmunosupresión.
- VIH
- Hepatopatía crónica
- Patología neurológica/ neuromuscular.
- Embarazo

Acudir si se detecta presencia de siguientes hallazgos clínicos:

- FR > 24 respiraciones/min
- FC > 100 latidos/min
- Saturación oxígeno < 92% si dispone de pulsioxímetro
- **Fiebre > 37,5º mantenidos por más de 5 días, a pesar de los antitérmicos pautados.**
- **Reaparición de fiebre > 37,5º tras dos o más días sin presentarla.**
- **Sensación disneica, con saturación < 92 % si dispone de pulsioxímetro**
- **Tos seca o productiva y malestar general**, en pacientes con sospecha de COVID-19 o COVID-19 positivo, con estabilidad hemodinámica, que no remite a tratamientos sintomáticos.

Anexo 5. Criterios de Derivación Hospitalaria

Criterios de derivación hospitalaria de paciente valorado clínicamente en el centro o en su domicilio

- Frecuencia respiratoria ≥ 30 rpm
- Saturación basal de O₂ < 92%
- Frecuencia cardíaca ≥ 125 lpm
- Hipotensión (PAS < 90 mmHg o PAD < 60 mmHg)
- Disnea intensa (mínimos esfuerzos o reposo)
- Signos de compromiso respiratorio (cianosis, uso de musculatura accesoria)
- Hemoptisis
- Alteración del estado de alerta: letargia, desorientación, confusión aguda
- Incapacidad para la ingesta oral por vómitos incoercibles o número importante de deposiciones (≥ 10 al día) que hagan prever deshidratación o alteraciones hidroelectrolíticas
- Importante afectación del estado general
- Elevada sospecha clínica de neumonía que requiera la realización de radiografía. Criterios que hay que considerar:
 - Empeoramiento de la disnea
 - Persistencia de la fiebre > 7 días o reaparición de fiebre tras un período afebril
 - Frecuencia respiratoria > 22 rpm
 - Modificación y alteración de la auscultación

Fuente: CRITERIOS DE ATENCIÓN CLÍNICA Y DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS COMO CASOS PROBABLES DE INFECCIÓN POR SARS-CoV-2. semFYC
<https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2020/03/Criterios-SARS-COV-2-20200320.pdf>

Anexo 6. Recomendaciones de aislamiento domiciliario para casos y contactos estrechos

Recomendaciones para el aislamiento domiciliario en casos leves de COVID-19



Estas son las recomendaciones que se deben seguir si se está en aislamiento domiciliario por ser un caso leve de COVID-19.

Lea atentamente estas recomendaciones y pregunte (telefónicamente) cualquier duda.
Sus familiares y convivientes deben recibir también la información.

Lugar de aislamiento (debe disponer de teléfono en la habitación)



Quédese en su casa, evite salir de la habitación, manteniéndola ventilada y con la puerta cerrada.



Evite distancias menores de 2 metros de los convivientes.



Evite visitas a su domicilio.



Utilice su propio baño; si lo comparte, debe desinfectarse antes de que lo usen otros.



Tenga en la habitación **productos de higiene de manos**.



Tenga un cubo de basura de pedal en la habitación.

Los productos de desecho deben tirarse en la bolsa de plástico colocada dentro del cubo de basura. Anúdela bien antes de tirarla.

Prevenir el contagio



Tápese al toser y estornudar con un pañuelo de papel



Tire el pañuelo en la **papelera**



Lávese las manos con agua y jabón



No comparta utensilios personales como toallas, vasos, platos, cubiertos y cepillo de dientes



Póngase la mascarilla si sale a espacios comunes o entra alguien en la habitación, y lávese las manos al salir.



Limpie a diario las superficies que se tocan a menudo, baño e inodoro con bayetas desechables y lejía (1 parte de lejía al 5% por 99 de agua). **Lávese las manos al terminar.**

Persona cuidadora



Guantes para cualquier contacto con secreciones



Utilice mascarilla cuando compartan espacio



Lave las manos si entra en contacto, aunque haya usado guantes.



La persona cuidadora **no debe tener factores de riesgo de complicaciones**, y debe realizar **autovigilancia de los síntomas**.

Limpieza



Use **lavavajillas** o friegue con agua caliente



No sacudir la ropa, meterla en **bolsa hermética**. **Lavarse siempre las manos** después de tocar la ropa.



Lave la ropa a **60-90º** y séquela bien

Si nota empeoramiento comuníquelo a su profesional de referencia o al 112.
Si algún conviviente o cuidador presenta síntomas no acuda a un centro sanitario
y llame al teléfono habilitado por su Comunidad Autónoma.

13 marzo 2020

Fuentes:

- Basada en la [Infografía de Recomendaciones para el paciente caso en investigación o caso confirmado leve en aislamiento domiciliario](#). Consejería de Sanidad de Asturias.
- [Manejo domiciliario de casos en investigación, probables o confirmados de COVID-19](#). Ministerio de Sanidad.
- COVID-19: self-isolation for patients undergoing testing. Public Health England.



Anexo 7. Recomendaciones de ejercicio físico

RECOMENDACIONES SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CRÓNICOS

J. Bustamante, M. Domínguez, S. Fernández en representación del Grupo de Trabajo de Cronicidad y Dependencia de SEMERGEN.



Debido a la pandemia generada por el COVID-19 y las implicaciones que el aislamiento tiene en enfermos crónicos, desde el Grupo de Trabajo de SEMERGEN de Cronicidad y Dependencia, hemos querido trasladar una serie de recomendaciones y ejercicios para minimizar en la medida de lo posible la inactividad que dicho periodo supone. Como médicos de Atención Primaria, el objetivo de dichas recomendaciones consiste en disminuir la aparición de un evento cardiovascular y evitar la pérdida de masa muscular estimulando la actividad física.



Todos estos ejercicios se pueden hacer durante 30 segundos seguidos, posteriormente descansar 1 minuto y repetirlo de nuevo hasta en tres ocasiones.



Todos los ejercicios los puedes realizar con tu propio peso. Si puedes aumentar la carga siempre puedes añadir paquetes de comida de 500 gramos, 1 kilogramo o hasta botellas de agua de 1,5 litros.



Material que vas a necesitar:

- Toalla.
- Esterilla/Alfombra.
- Peso: Paquetes de alimentos de 500 gramos, 1 kilogramo o incluso botellas de agua de 1,5 litros.

Antes de comenzar cualquier actividad física es importante calentar todos nuestros músculos y articulaciones para evitar lesiones indeseadas. Puedes comenzar caminando rápido en el sitio levantando las rodillas en el pecho y moviendo los brazos realizando círculos durante 1 minuto. Proponemos a continuación dos tablas sencillas para la realización de ejercicios en domicilio:



RUTINA

1

Desde posición de pie, comenzamos elevando los brazos hacia delante y hacia atrás, primero con un lado, después con el otro. Posteriormente lo movemos hacia fuera y hacia dentro, como indican los dibujos.



Desde posición de pie, o sentado, alineamos los brazos con el cuerpo, pegamos los codos al tronco y elevamos manos sin mover los codos de su posición hasta describir un ángulo de 90 grados.



De pie y apoyando las manos sobre una pared o una silla para no perder el equilibrio, mueve una pierna manteniéndola estirada, primero hacia delante y hacia detrás, y luego hacia la derecha y la izquierda, posteriormente con la otra pierna.



De pie, contra la pared, a un brazo de distancia, coloca los brazos en ángulo recto con la pared, déjate caer contra la pared y luego poco a poco solamente con la fuerza de tus brazos intenta separarte hasta llegar a la posición inicial.



Sentadilla con apoyo posterior. Descender lentamente flexionando las rodillas unos 30-45° (según dolor). Mantener 2-3 segundos y volver a la posición inicial. Variante: en caso de no tener la capacidad de realizar este ejercicio o no sentirnos con la suficiente seguridad, podemos sentarnos y levantarnos de una silla de manera alternante.



RUTINA

2

Sentado con los brazos detrás de la cabeza inclínate hacia delante y hacia atrás, después repite hacia los lados intentando llevar los codos a tocar los costados.



Tumbado en el suelo boca abajo, prueba a elevar un brazo hacia el techo y la pierna contraria también hacia el techo, después cambia de brazo y pierna y hazlo con los contrarios.



Sentado con los pies apoyados en el suelo intenta estirar primero una pierna y volver al sitio, después repite con la pierna contralateral.



Desde posición sentada o de pie, con los brazos estirados rectos hacia el techo, doblamos los codos de tal manera que nos queden las manos detrás de la nuca.



En caso de tener en casa cinta de correr, elíptica, bicicleta estática o pedaleador se recomienda usar durante 30-60 minutos 1 vez al día. En caso de no tenerlo se recomienda pasear durante el mismo periodo en casa. En estos momentos de aislamiento y cuarentena no te olvides de seguir realizando actividad física, pues los periodos de inactividad prolongados pueden ser peligrosos por aumentar el riesgo de eventos cardiovasculares. Para prevenir todo esto es por lo que hemos realizado estas recomendaciones que esperamos puedan serte de ayuda. Recuerda que mantenerte activo tiene beneficios tanto a nivel físico como mental.



Fuente: Elaborado por el Grupo de Trabajo de SEMERGEN de Cronicidad y Dependencia

Flores M.T., García F., Abolito J., Pérez M.A., Echavarrí C. Programas de ejercicios. Sociedad española de Medicina Física y Rehabilitación. Disponible en: <http://www.semef-rehabilitacion.org/>

Ortega R. Rehabilitación. En: Martín Zurro A., Cano Pérez J.F., Gené Badia J., editores. Atención Primaria. Problemas de salud en la consulta de Medicina de Familia. 8ª Edición. Barcelona: Elsevier. 2019. p 990-1014.3.

Liz Joy, M.D., M.P.H., FACS, FAMS, American College of Sports Medicine. Staying Active During COVID-19. (Actualizado el 24 de marzo de 2020). Disponible en: Mendes H.M., Sánchez R., Abad R. Planificación del ejercicio en el paciente crónico. En: Mico Pérez R.M., Polo García J., Sánchez Rodríguez R., editores. Resicron. Manual para el manejo del paciente crónico dirigido al Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. 1ª Edición. Madrid: Ediciones SEMERGEN S.L. 2018. p. 67-73



Anexo 8. Recomendaciones de afrontamiento del aislamiento



UGC Salud Mental Almería Norte
Recomendaciones para los
ciudadanos
*caja de herramientas para afrontar
situaciones difíciles*



AFRONTAR "EL AISLAMIENTO"



1

¿Por qué nos sentimos "agobiados" en casa?

Cuando nos prohíben algo, por naturaleza nos rebelamos y tendemos a hacer lo contrario. Mezclamos emociones de rabia y malestar ante la imposición de una norma.

**Trabajadora
social salud**

Proced 18/3/2020 SSPA

2

¿Esto que me pasa es ansiedad o depresión?

La ansiedad y la tristeza son **EMOCIONES NORMALES** del día a día y no una **ENFERMEDAD**.

Como "una moneda que tiene una cara y cruz", no hay alegría sin tristeza, ni pensamiento positivo sin negativo. La mejor manera para aceptar los problemas emocionales y la adversidad es expresarlo y compartirlo con los que nos rodean.

3

¿Cuándo me voy a sentir bien?

Estamos sufriendo un problema de adaptación, lo que significa que nuestras rutinas han cambiado y necesitamos tiempo para volver a incorporar unas nuevas.

Si antes trabajabas, tenías tus horarios. Tus propios compañeros, tu tiempo. Otro espacio dedicado al compartido con la familia. Ahora todo se mezcla y es necesario planificar el día a día.

Cruz roja, teléfono de la Esperanza
Psicólogos en red (psikered; ifeel...)
Facebook: médico solidarios on-line coronavirus

amigos

4

¿Necesito ayuda?

Nuestra ayuda es contar con apoyo para poder compartir esa experiencia con otras personas que viven situaciones similares. Intentar no ser catastrofista y anticiparse son claves para afrontar las dificultades.



IDEAS PARA ORGANIZAR TU DÍA:



desayuno- ejercicio viendo youtube - limpiar la casa- hacer deberes- trabajar virtualmente- preparar la comida- siesta- telenovelas- conectarse a la red- wasapear- hacer una videoconferencia- escuchar música- relajarse con un baño o ducha- sacar al perro- saludar al vecino por el balcón- escribe un twitter - juega un juego al monopolí con tus hijas- pintar- monta un mueble- ordena y ve las fotos de familia- llama a un amigo- ve la TV, escucha radio- hacer plastilina - cantar una canción - grabar un tiktok- jugar nintendo- dormir...

Anexo 9. Recomendaciones para la atención psicológica

Fomentar acompañamiento familiar no exigente.

Escucha: El paciente comparte su dolor con otra persona experta y que sabe contener al paciente y a sí mismo. Hablar alivia y hace pensar al paciente que otra persona le entiende y le ayuda

Potenciar su autoestima: Señalando áreas de la vida del paciente acordes con una alta valía) y apoyar sus defensas habituales, por ej ,la persona de perfil “perfeccionista” vivirá la depresión con culpa e insuficiencia por no cumplir sus “obligaciones” . Se le desculpabilizará (por ej. aludiendo a la situación de enfermedad en la vive actualmente) y se le señalará que recuperará su eficacia y valía. Para sus personas significativas, es valorado/a por otras características de su personalidad, no solamente por su “responsabilidad y disponibilidad continuas”. .

Se le aclararán **distorsiones cognitivas** secundarias a la vivencia depresiva.

“Buscar” con el paciente una **historia autentica verbalizada** de la vivencia depresiva. Los pacientes precisan “poner palabras” a su sufrimiento y el médico les puede ayudar a elaborar y entenderse.

Anexo 10. Factores en conducta suicida



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

INTERVENCIÓN EN CRISIS EN LAS CONDUCTAS SUICIDAS ROCAMORA BONILLA 2013

FACTORES EN CONDUCTA SUICIDA

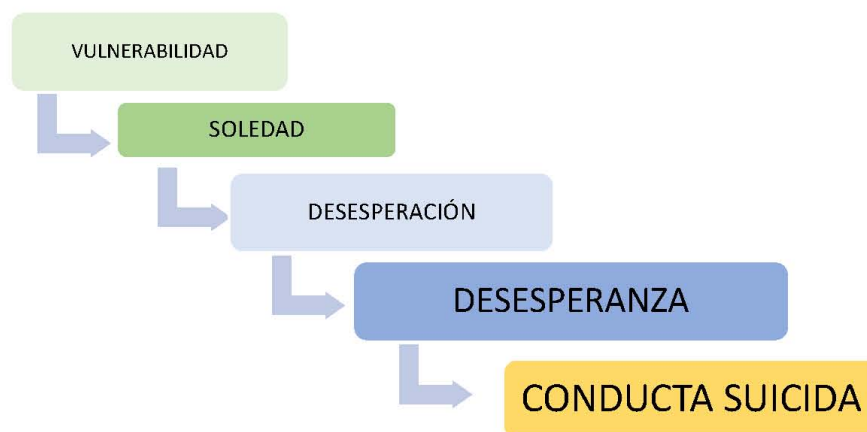
A través de la entrevista clínica y cuestionarios o escalas elaboradas al respecto.

Según la OMS (2000a) cuando se sospecha la posibilidad de un comportamiento suicida se deben explorar los siguientes aspectos:

- Estado mental actual y pensamientos actuales sobre la muerte y el suicidio: patologías psiquiátricas e intentos de suicidio previos.
- Enfermedad física terminal, dolorosa o incapacitante.
- Plan suicida: posibilidad real de ejecutarlo.
- Grupo familiar y social: vínculos, estructura familiar, separación, divorcio, etc.
- Evaluar los estresores más recientes: muertes, problemas afectivos, cambios en el estatus profesional o laboral, etc.

Factores de alto del comportamiento suicida

EDAD > 45 años	BIOGRÁFICO Ruptura de vínculos, crisis evolutivas	PSICOPATOLÓGICO Depresión Alcoholismo Psicosis Trastorno Personalidad Límite
SEXO Hombre		
ESTADO CIVIL Soltero, separado, viudo	SOCIAL Ausencia de apoyo Suicidio frustrado Plan suicida	ENFERM SOMÁTICA Enfermedad física terminal Dolorosa Incapacitante
LIFE EVENTS Una semana antes		



Su vida no solamente no tiene ningún sentido, sino que *“está seguro que no hay, y no puede haber, nada capaz de dar a su propia existencia, o a la existencia humana en general, un sentido verdaderamente satisfactorio”* (Lain Entralgo, 1978).

De esta manera se cierra el círculo vicioso: soledad-desesperación-desesperanza-suicidio. Y surge la angustiosa exclamación del presuicida:

“Dame un sólo motivo y seguiré viviendo”

VALORACION QTc EN PACIENTES COVID

Los pacientes con Comorbilidad sin criterios de ingreso y/o Neumonía de Bajo Riesgo con indicación de tratamiento con Cloroquina al alta de Urgencias, deben monitorizarse el QT para prevenir el riesgo de TV polimorfa

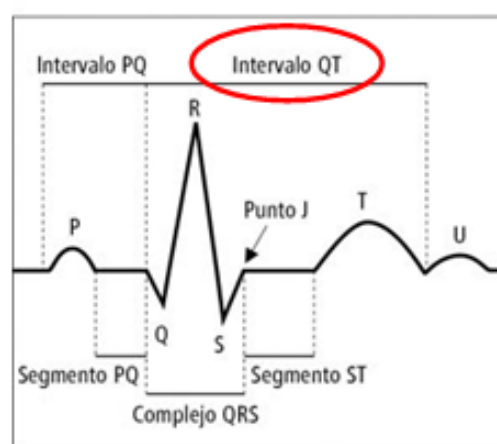
1. Realizar un ECG basal de 12 derivaciones en el Servicio de Urgencias y medir el QTc antes de iniciar tratamiento.

1.1 En general se consideran de bajo riesgo los siguientes intervalos QTc basales

- QTc <460 milisegundos en adolescentes de ambos sexos
- QTc <470 milisegundos en hombres
- QTc <480 milisegundos en mujeres

1.2 Los pacientes con QTc basal ≥ 500 milisegundos (con un QRS ≤ 120 milisegundos), están a riesgo de prolongación significativa del intervalo QT, y de presentar una TV polimórfica, debiendo hacerse esfuerzos en corregir las anomalías hidroelectrolíticas presentes (hipocalcemia, hipopotasemia e hipomagnesemia), con objetivo de que el K⁺ sea en torno a 5 mEq/L. Aunque el QT sea normal debe evitarse el uso asociado de fármacos que prolongan el QT (IBP, macrólidos, antieméticos, opioides, antipsicóticos, antidepresivos, y diuréticos entre otros)

2. Es recomendable realizar un 2º ECG tras 2-3 días de iniciar el tratamiento en los pacientes de riesgo intermedio (<500 milisegundos que no sean de bajo riesgo) y reevaluar el QTc; si es ≥ 500 milisegundos o hay un incremento ≥ 60 milisegundos sobre el basal, o aparecen extrasístoles ventriculares, suspender Cloroquina.



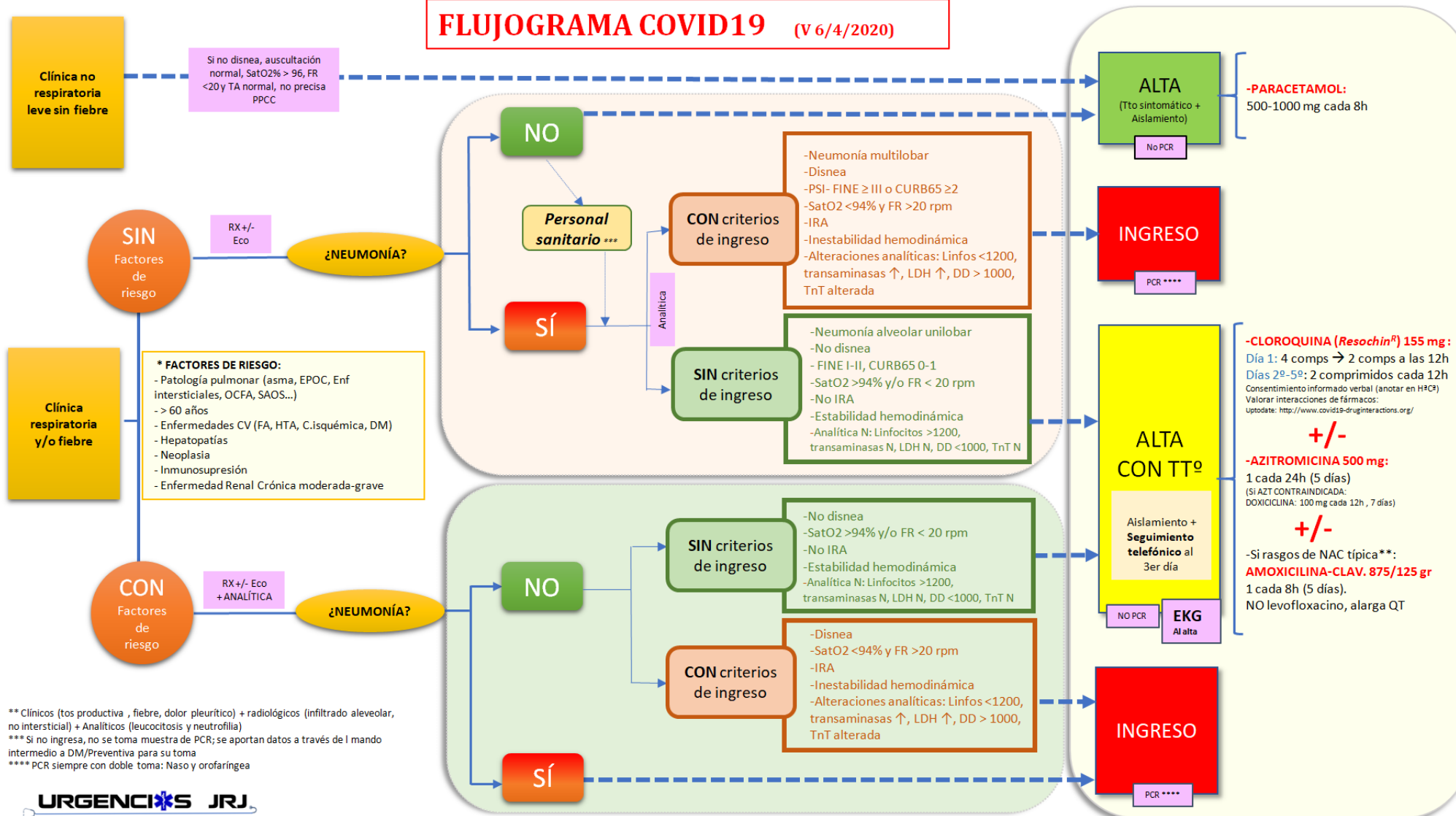
El cálculo del QTc puede obtenerse mediante regla de ECG o introduciendo QT y FC en el siguiente enlace

<http://www.samiuc.es/calculo-del-qt-corregido-qt-c/>

QTc 3º día
 ≥ 500 msg
Incremento ≥ 60 msg
Extrasístoles
Ventriculares

Suspender

FLUJOGRAMA COVID19 (v 6/4/2020)



DUELO EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO

CODVID-19

RECOMENDACIONES PARA AFRONTAR LA PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO

El duelo es un proceso de adaptación al dolor que produce una pérdida. Hay elementos que contribuyen a que lo vivimos con "normalidad" y otros que potencian que se pueda "complicar", por ejemplo, no poder acompañar a esa persona querida y no poder hacer rituales de despedida privados y/o compartidos con otras personas.

El estado de alarma en que estamos viviendo la pandemia provocada por el COVID-19 hace que los duelos estos días sean más duros al tener que vivirlos en soledad y no poder realizar la despedida personal y social como nos gustaría.

Si estás en esta situación, estás atravesando una situación muy dolorosa. Desde aquí no tenemos capacidad para procurarte consuelo ni tenemos palabras para expresarte cuánto lo sentimos. Si nos gustaría intentar transmitirte algunas recomendaciones que pueden resultar de utilidad para sobrellevar esta situación.

1 NO BUSQUES CULPABLES

La situación es la que es. No podemos cambiarla. No hay nada que podamos hacer para haber modificado las condiciones del fallecimiento o de la despedida. No es saludable recrearse en el drama y buscar culpables. Aunque es normal hacerlo, no te ayuda. Y, desde luego, tú no tienes ninguna culpa.

2 EL PUNTO ANTERIOR ES IMPORTANTE ESPECIALMENTE SI LA PERSONA HA FALLECIDO SIN VUESTRA COMPAÑÍA, LEJOS DE LA COMPAÑÍA DE SUS SERES QUERIDOS

El o ella sabía y comprendía que no podía ser de otra manera. Sabía que no le habíais abandonado. Los equipos profesionales que le han cuidado así se lo han transmitido. Ten confianza en que le han cuidado lo mejor posible y evitado sufrimientos innecesarios. Y ten confianza en que esa persona sabía de tus sentimientos hacia él o ella.

3 MANTÉN LOS VÍNCULOS

Aunque físicamente no tengas compañía en este trance, piensa que no lo estás viviendo en soledad. Hay otras personas que comparten tu duelo y tu pérdida. Busca el contacto virtual con estas otras personas. Conéctate a través de teléfono, whatsapp, videoconferencias u otros.

4 COMPARTE RECUERDOS

Podéis hacer una despedida virtual compartiendo recuerdos positivos sobre la persona que se ha ido, por ejemplo, a través de un grupo de Whatsapp (o del teléfono)... Recordad anécdotas, enviad sus canciones favoritas o fotos, compartid lo que aportó a vuestra vida...

5 HACED UNA DESPEDIDA VIRTUAL AHORA Y PLANEAD UN HOMENAJE SOCIAL PARA CUANDO SE ACABE EL ESTADO DE ALARMA Y PODAMOS VOLVER A ABRAZARNOS, TOCARNOS Y JUNTARNOS.

6 EXPRESATE

Aprovecha estos días de confinamiento para vivir tu pérdida y expresar tu dolor. Déjalo que salga, llora, busca consuelo, expresa tu pena... Quizá puedas encontrar alivio en la oración, en la meditación o en otros rituales. Puedes escribir tus emociones, conectarte con la música o hablar con otras personas.

7 CONFÍA EN TUS CAPACIDADES

Sabemos por otras situaciones de excepcionalidad vividas por los seres humanos que somos capaces de afrontar las peores situaciones. Confía en tus propias capacidades y recursos interiores para atravesar este proceso. Tienes esas herramientas. No lo dudes.



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias
ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA







WWW.REDPAL.ES

Autoría
Ángela Ortega Galán.
Enfermera CP. Profesora Universidad de Huelva.
Equipo RedPAL.



Anexo 14. Recomendaciones generales relacionadas con las decisiones éticas difíciles

RECOMENDACIONES GENERALES relacionadas con las DECISIONES ÉTICAS DIFÍCILES y la ADECUACIÓN DE LA INTENSIDAD ASISTENCIAL / ingreso en las UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS en SITUACIONES EXCEPCIONALES DE CRISIS

Relacionados con la ORGANIZACIÓN/ RECURSO (disponibilidad y alternativas)		Relacionados con las CARACTERÍSTICAS de la PERSONA / SITUACIÓN GLOBAL		Relacionados con la ÉTICA de las DECISIONES	
FACTOR	RECOMENDACIÓN	FACTOR	RECOMENDACIÓN	FACTOR	RECOMENDACIÓN
 PLAN DE CONTINGENCIA TERRITORIAL	<ul style="list-style-type: none"> Disponer de un plan de contingencia de emergencia que planifique la distribución de pacientes entre áreas geográficas. Priorizar la solidaridad entre centros para maximizar el bien común por encima del individual, valorando la posibilidad de transferencia o derivación a otro centro con posibilidades. Valorar la posibilidad de ampliar la capacidad de las UCIs locales, facilitando ingresos en otras áreas habilitadas para esta epidemia con recursos adecuados. 	 VALORACIÓN DE LA PERSONA	<ul style="list-style-type: none"> Valorar el paciente de forma global, y no la enfermedad de forma aislada. Para conocer la situación global, puede ser de especial utilidad contactar con su equipo de Atención Primaria. En el caso de personas mayores, la valoración implica tener en cuenta su situación global o "edad biológica". La <i>Valoración Geriátrica Integral</i>, las <i>escalas clínicas de fragilidad</i> o los <i>índices de fragilidad</i> pueden ser de ayuda para tal fin. Conocer los valores y preferencias de la persona, preguntando por si dispone de un documento de voluntades anticipadas o existe un plan de cuidados anticipados 	 OUTCOMES	<ul style="list-style-type: none"> Ante las situaciones de crisis y la necesidad de estrategias de asignación, desde la ética se aboga por priorizar: <ul style="list-style-type: none"> la maximización de la supervivencia al alta hospitalaria la maximización del número de años de vida salvados la maximización de las posibilidades de vivir de cada una de las etapas de la vida. Aún así, es importante enfatizar que la edad cronológica (en años) en ningún caso debería ser el único elemento a considerar en las estrategias de asignación.
 OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar aquellos procedimientos que faciliten el destete de ventilación mecánica y agilizar los circuitos de traslados a planta Optimizar la dotación de personal asistencial en la medida de lo posible Minimizar los ingresos condicionados a pruebas terapéuticas. No ingresar pacientes que han dejado escritas voluntades anticipadas dónde se rechazan medidas invasivas (o que disponen de Plan de Cuidados Anticipados dónde se consensuan medidas de adecuación terapéutica) Valorar la agrupación a este tipo de pacientes en áreas específicas dentro de la UCI 	 PRIORIZACIÓN DE LAS PERSONAS según sus características y situación actual	<ul style="list-style-type: none"> Se propone utilizar la Clasificación de las personas según el modelo de 4 prioridades clásico de la UCI (<i>ver cuadro de la siguiente página</i>)* Se priorizará los ingresos en UCI de pacientes clasificados como Prioridad 1, en aquellos hospitales que dispongan de dispositivos de cuidados intermedios, dejando estos últimos para los pacientes con prioridad 2. Se tenderá a no ingresar en unidades de cuidados intensivos los pacientes de prioridad 3 y 4 en casos de crisis. 	 TRIAJE basado en la JUSTICIA DISTRIBUTIVA	<ul style="list-style-type: none"> Principio coste /oportunidad: admitir un ingreso puede implicar denegar otro ingreso a otra persona que puede beneficiarse más (<i>evitar el criterio "primero en llegar, primero en ingresar"</i>) Aplicar criterios estrictos de ingreso en UCI basados en maximizar el beneficio del bien común. Ante pacientes críticos con otras patologías críticas diferentes a la infección por COVID19, se debe valorar ingresar prioritariamente el que más se beneficie. Estos principios se deberían aplicar manera uniforme a todas las personas -y no de forma selectiva a los de perfil geriátrico o con patologías crónicas-

 CONSENSO de los CRITERIOS a aplicar	<ul style="list-style-type: none">Ante la limitación de recursos es imprescindible consensuar una serie de criterios -técnicos y éticos-comunes. Es probable que los criterios se deban modificar en función de la situación global.Ello puede requerir de la creación de un comité de expertos territorial y/o de los respectivos ámbitos, con la participación de los comités de bioética y los profesionales asistenciales (hospitalarios y/o comunitarios)	 Adecuación de la INTENSIDAD TERAPÉUTICA según evolución	<ul style="list-style-type: none">Establecer desde el ingreso un plan de adecuación terapéutica y documentarlo en la historia clínica con definición clara de si existe o no indicación de ventilación mecánica.En caso de complicaciones o mala evolución (<i>se pueden utilizar herramientas tipo SOFA,...</i>), plantear una desintensificación terapéutica - limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV), evitando la futilidad y priorizando medidas paliativas.En este caso, será pertinente el traslado a un área de menor complejidad, garantizando la atención paliativa (incluyendo soporte emocional y el control sintomático).	 Principio de PROPORCIONALIDAD	<ul style="list-style-type: none">No ingresar a personas en las que se prevé un beneficio mínimo (como situaciones de fracaso multiorgánico establecido, riesgo de muerte calculado por escalas de gravedad elevado, o situaciones funcionales muy limitadas, condiciones de fragilidad avanzada, etc.)Valorar cuidadosamente el beneficio de ingreso de pacientes con expectativa de vida inferior a 1-2 años (<i>utilizando herramientas como el NECPAL o similar</i>)
 Planificación de las ALTERNATIVAS	<ul style="list-style-type: none">En caso de desestimar ingreso a UCI, el sistema tiene que ofrecer alternativas asistenciales de calidad, que cubran las necesidades básicas y esenciales de las personas y de sus familias (incluyendo soporte emocional y el control sintomático)		 TRANSPARENCIA Y CONFIANZA	<ul style="list-style-type: none">Se debe comunicar a pacientes /familiares la extraordinariedad de la situación y la justificación de las medidas propuestas.Estas decisiones deben ser consensuadas en la medida de lo posible, y públicamente defendibles	
 SOPORTE	<ul style="list-style-type: none">Planificar acciones para dar soporte a los familiares y a los profesionales, dado el impacto emocional/ <i>distress</i> moral de las decisiones éticas e incertidumbreEs recomendable realizar el proceso de toma de decisiones de forma compartida entre el equipo interdisciplinario -y siempre que sea posible, con el paciente y familia-				

Basado en el documento de la SEMICYUC "RECOMENDACIONES ÉTICAS PARA TOMAR DECISIONES EN LA SITUACIÓN EXCEPCIONAL DE CRISIS POR PANDEMIA COVID-19 EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS". Elaboración del framework: Olga Rubio, Montse Esquerda y Jordi Amblàs

* MODELO DE 4 PRIORIDADES de la UCI	
Prioridad 1	Pacientes críticos e inestables; necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI.
Prioridad 2	Pacientes que precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas, no ventilados de forma invasiva, pero con altos requerimientos de oxigenoterapia y con fracaso de otro órgano.
Prioridad 3	Pacientes inestables y críticos, con pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda.
Prioridad 4	Beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo o situación de enfermedad avanzada/terminal.

BIBLIOGRAFÍA:

- White, DB, et al. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann. Intern. Med.* 2009; 150, 132-138
- Downar, J, et al. Palliating a Pandemic: 'All Patients Must Be Cared For'. *J. Pain Symptom Manage.* 2010;39, 291-295
- Thompson, et al. Pandemic influenza preparedness: An ethical framework to guide decision-making. *BMC Med. Ethics*; 2006, 7
- Falvey, JR, et al. Frailty assessment in the ICU: translation to 'real-world' clinical practice'. *Anaesthesia*. 2019;74, 700-703
- Leong, I, et al. The challenge of providing holistic care in a viral epidemic: Opportunities for palliative care. *Palliat Med.* 2004;18, 12-18
- Saxena, A, et al. Ethics preparedness: Facilitating ethics review during outbreaks. *BMC Med. Ethic.* 2019; 20, 1-10
- Grasselli G, et al Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy. Early Experience and Forecast During an Emergency Response. *JAMA*. 2020; March 13
- Covinsky KE, et al. Health status vs quality of life in older patients: does the distinction matter? *Am J Med.* 1999 Apr;106(4):435-40.
- Sprung CL, et al. Recommendations for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster: summary report of the European Society of Intensive Care Medicine's Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster. *Intensive Care Med.* 2010 Mar;36(3):428-43
- Levin D, et al. Altered standards of care during an influenza pandemic: identifying ethical, legal, and practical principles to guide decision making. *Disaster Med Public Health Prep.* 2009 Dec;3 Suppl 2:S132-40.
- Suhonen R, et al. Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *Int J Nurs Stud.* 2018 Dec;88:25-42
- World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. *Who* 2019, 12 (2020).

CON EL AVAL DE:

