



Servicio Navarro de Salud
Osasunbidea

Gerencia de Atención Primaria
Oinarrizko Osasun Laguntzako Kudeatzailetza



Hacia un nuevo modelo de Atención Primaria en Navarra

**Adaptación durante la pandemia COVID-19 y transición hacia una
nueva realidad**

Junio 2020



INTRODUCCIÓN

La crisis del COVID-19 ha supuesto un reto para toda la Atención Primaria de Navarra.

Hace semanas que los Centros de Salud han cambiado su organización para dar respuesta a la pandemia y el Servicio de Urgencias Extrahospitalarias además de continuar con su labor habitual, se ha visto obligado a incorporar funciones nuevas y reinventarse.

Superado el pico de la epidemia, el trabajo relacionado con el COVID-19 ha ido disminuyendo y nos planteamos cómo salir de esta situación excepcional que ha cambiado nuestra manera de hacer las cosas.

No se prevé que volvamos a la situación previa, por lo que tenemos que **adaptar la organización de los equipos** a las circunstancias que vayan aconteciendo. Debemos replantearnos lo que hacíamos y cambiar dinámicas de funcionamiento y actuaciones que estamos convencidos no aportan valor a la atención de los pacientes.

Para dar respuesta a la situación provocada por el COVID-19, desde mediados de marzo en Atención Primaria se han realizado importantes cambios organizativos.

El nuevo modelo asistencial que hemos adoptado durante la pandemia ha evidenciado aspectos positivos que es necesario incorporar de forma permanente.

El trabajo en equipo multidisciplinar en los centros de salud es más importante que nunca y la necesidad de dotar de mayor autonomía de gestión a los diferentes equipos, evidente.

Será preciso **adaptar las plantillas a las necesidades** de atención de cada población realizando un estudio de adecuación en cada Zona Básica de Salud (ZBS) y llevando a cabo una reordenación de los profesionales que permita construir equipo.

El comportamiento de la ciudadanía ha cambiado en su relación con los **servicios de urgencias extrahospitalarias** teniendo que adaptarse todos, ciudadanos y profesionales, a un modo de funcionamiento diferente. Ha sido necesario reforzar servicios ya existentes, implantar algunos que ya estaban en proceso e incluso desarrollar otros en los que nunca se había pensado.

Consideramos conveniente establecer una **nueva forma de reconocimiento e incentivación del esfuerzo** de los profesionales para adaptarse a una nueva situación, que debe estar alineada con los valores señalados en este documento de trabajo en equipo, autonomía de gestión, esfuerzo y aportación, principalmente.



Esta crisis ha demostrado la necesidad de incorporar la **visión social** y trabajar con perspectiva sociosanitaria, no solo los profesionales de trabajo social, sino como un objetivo de los equipos y de cada uno de sus componentes.

La **visión comunitaria** es esencial. Mantener contacto con ayuntamientos, voluntarios, farmacias comunitarias..., y contar con la población y sus redes sigue siendo prioritario.

Las **residencias de ancianos y centros de personas con discapacidad** son ámbitos de mejora. Atención Primaria debe proporcionar en cada momento una respuesta adaptada a las circunstancias y llevar a cabo cambios que permitan prestar una mejor atención sanitaria a estos colectivos.

Lo desarrollado y aprendido en esta situación extraordinaria abre una estupenda posibilidad para repensar los servicios de la Atención Primaria Navarra, replantear estrategias de planificación y poder acometer reformas estructurales aprovechando la sensibilización social y la oportunidad política.

Situación asistencial en Atención Primaria durante los meses de marzo y abril

En Navarra, entre el 23 y el 31 de marzo se produjo el pico diagnóstico de nuevos casos posibles en Atención Primaria y la mayor demanda vinculada al COVID-19 ocurrió entre finales de marzo y primeros de abril.

Desde entonces, tanto la detección de casos sospechosos como la de pacientes con clínica leve que precisan seguimiento domiciliario, ha ido disminuyendo progresivamente.

Como respuesta a esta situación, se introdujeron cambios organizativos entre los que cabe destacar:

- La **separación de circuitos COVID y no-COVID** tanto en los centros de salud como en los servicios de urgencias extrahospitalarias.
- La **suspensión de la actividad demorable en los centros de salud.**
- El **incremento de las consultas no presenciales** en todos los ámbitos y su **potenciación** como manera adecuada de resolver parte de las demandas de atención y realizar seguimiento a pacientes con COVID en aislamiento.
- El **aumento de la atención a domicilio** de personas dependientes y mayores.

La diferente incidencia de la pandemia en las zonas básicas de nuestra comunidad y la atención prestada en los centros sociosanitarios, han condicionado la carga de trabajo generada por el COVID-19 en los distintos centros de salud, y la forma de trabajo se ha ido adaptando conforme cambiaban las necesidades de la población.



En los hospitales ha disminuido el número de ingresos a la par que se dan altas a pacientes con formas moderadas y graves de la enfermedad cuyo seguimiento recae en Atención Primaria.

En los servicios de urgencias extrahospitalarias a lo largo de la pandemia:

- Se han reforzado los turnos de coordinación y de la enfermería de consejo.
- Se ha implantado la enfermería de coordinación.
- Se ha adecuado la red de transporte sanitario de urgencia a la nueva situación, incorporando nuevos técnicos de emergencias en ambulancias específicas para pacientes COVID.
- Se han organizado operativos para la realización de test rápidos y recogida de muestras para PCR tanto en domicilio como en centros sociosanitarios, así como en dependencias habilitadas específicamente para ello.

Durante este periodo los centros urbanos han cambiado su horario de atención. Han permaneciendo abiertos de 8 a 17 horas los días laborables, prestando atención también los fines de semana y festivos. Los centros rurales han mantenido la atención las 24 horas del día.

La enfermería de consejo también ha incrementado su horario de atención, así como la atención pediátrica en las urgencias extrahospitalarias en el Centro San Martín.

En este momento, con una disminución importante y progresiva de la incidencia de nuevos casos, es preciso ir adecuando el modelo de atención y la organización del trabajo en los centros de salud y servicios de urgencias extrahospitalarias con objeto de dar respuesta y atención adecuada y segura a las necesidades de salud de toda la población, coexistiendo con la respuesta y atención a los pacientes con infección COVID-19.

Protocolos y procedimientos

Para dar una adecuada atención a las personas con COVID-19 se han elaborado y se dispone en el momento actual de los siguientes documentos:

- Protocolo Manejo de casos posibles de enfermedad por virus COVID-19 en residencias sociosanitarias - 08/04/2020 [Enlace al documento](#)
- Protocolo Manejo de posibles casos de enfermedad por virus COVID-19 en Atención Primaria Navarra - 08/04/2020 [Enlace al documento](#)
- Protocolo de atención a pacientes en situación de gravedad no candidatos a traslado hospitalario o últimos días en la crisis del COVID-19 en medio residencial y Atención Primaria - 26/03/2020 [Enlace al documento](#)



- Seguimiento en AP de pacientes COVID-19 tras alta hospitalaria - 16/04/2020
[Enlace al documento](#)
- Tratamiento farmacológico del COVID-19 en Atención Primaria - 16/04/20
[Enlace al documento](#)
- Procedimiento PCR y test rápidos AP - 20/04/20 [Enlace al documento](#)
- Procedimiento con menores ante situación positiva de sus progenitores con COVID-19 desde trabajo social en AP de salud - 03/04/2020 [Enlace al documento](#)
- Actuación sociosanitaria ante COVID-19 - 23/03/2020 [Enlace al documento](#)

Estos protocolos se actualizan según los cambios y avances que se van produciendo en el conocimiento de la infección y se consideran adecuados y útiles como ayuda y guía para profesionales.

Valoración del desempeño durante la pandemia

Aspectos positivos.

- La gran **implicación de los profesionales** ha permitido realizar el diagnóstico y seguimiento del 80 % de las personas con COVID-19 en su domicilio, detectar tempranamente necesidades de atención hospitalaria y coordinar y apoyar la atención sanitaria en los centros residenciales de ancianos y personas con discapacidad de cada zona básica.
- El trabajo conjunto de todo el personal de los centros ha servido para **cohesionar los equipos**.
- Respecto a la **atención a pacientes COVID**, teniendo como armas la evaluación clínica y el conocimiento de nuestra población y en un contexto de ausencia de evidencia y escaso conocimiento de la enfermedad, se ha logrado mantener y realizar seguimiento en sus domicilios a los pacientes más leves, vigilar a los moderados, orientar a los más graves al nivel hospitalario, acompañar a los que desgraciadamente han fallecido y a sus familias y más recientemente recibir a aquellos que son dados de alta en el hospital. Ahora nos preparamos para convivir con la presencia del COVID-19.
- Se ha mantenido la atención al **resto de problemas de salud y sociales** que lo requerían, potenciando la atención telefónica y domiciliaria.
- El trabajo de **triaje y gestión** realizado por el **personal administrativo** de AP ha sido clave para el funcionamiento de los centros de salud.



- La Atención Primaria y los servicios de urgencias extrahospitalarias en Navarra han hecho gala de una tremenda **flexibilidad**, adaptándose a cambios de horario, organización y protocolos.
- Los “**teléfonos de consejo**” han funcionado de forma eficaz y resolutive.
- Se ha puesto en marcha la **enfermería de coordinación**, dentro de la subdirección de urgencias, para gestionar de manera adecuada el importante incremento de solicitud de intervenciones sanitarias.
- Se ha reforzado el **transporte sanitario de urgencias** con ambulancias específicas para traslados COVID y se han habilitado dependencias para su desinfección.
- Las **enfermeras** han adoptado un papel activo en la **valoración y seguimiento** de pacientes COVID-19 vía telefónica.
- Las **trabajadoras sociales** han realizado una labor proactiva con las personas más vulnerables.
- Se ha comprobado que es posible resolver muchas consultas de resultados sin tener al paciente delante, por **vía telefónica**.
- Se ha puesto en evidencia que hay cosas que pueden **hacerse de otra manera** y algunas que pueden dejar de hacerse.
- La población ha comprendido la **necesidad de los cambios** y ha colaborado mostrando comprensión y solidaridad con los profesionales.
- Se han organizado operativos específicos para la **recogida de muestras** PCR tanto en dependencias especialmente habilitadas para tal fin como en domicilios y residencias sociosanitarias.

Aspectos a mejorar.

- La actualización de actividades y protocolos, aportando **documentos de síntesis** que faciliten su aplicación a los clínicos.
- La **coordinación** entre **niveles asistenciales**, haciendo especial referencia a la coordinación con los equipos de hospitalización domiciliaria.
- La disponibilidad de **material** suficiente y de uniformes para el personal.
- La disponibilidad de **vehículos** para las zonas básicas.
- La disponibilidad de un **almacén de material** con accesibilidad las 24 horas del día y un **vehículo para su reparto**.
- La dotación de **instalaciones** propias para albergar actividades de control y seguimiento de la pandemia (recogida de muestras, call-center de seguimiento de contactos, hospital de campaña), así como otras actividades de la Gerencia de Atención Primaria.



- La **tarea burocrática** generada por los trámites de IT.
- La escasa extensión y desarrollo de la **carpeta personal de salud** del paciente.
- La capacidad de las **centralitas telefónicas**.
- La dotación de **medios tecnológicos** que faciliten la comunicación con el paciente en su domicilio (“pinganillos” de teléfono, cámara y micrófono en puesto de trabajo...).
- La planificación de **circuitos internos** en centros de salud y consultorios para minimizar el riesgo que comportan las enfermedades infectocontagiosas.
- La organización en **centros residenciales** para que puedan asumir una situación de brote epidémico.



PROPUESTA DE MODELO ORGANIZATIVO PARA ATENCIÓN PRIMARIA DE NAVARRA

La situación de pandemia requiere de la Atención Primaria un **cambio perdurable en su organización** que permita:

- Atender las necesidades de salud de la población de manera segura.
- Detectar precozmente posibles nuevos picos de incidencia de COVID-19, realizando la confirmación diagnóstica y un adecuado seguimiento de los pacientes, así como el estudio de contactos.

Tanto los profesionales como la Gerencia de Atención Primaria consideran imprescindible, en este momento, un replanteamiento del modelo de Atención Primaria que sea capaz de dar respuesta adecuada a estos retos.

ETAPAS DE TRANSICIÓN

Se definen tres intervalos de fechas como marco temporal de acción:

1. Del 10 de mayo al 30 de junio.

Se van reanudando las distintas actividades asistenciales de Atención Primaria, manteniendo las restricciones derivadas de la necesidad de prevenir contagios.

2. Meses de julio, agosto y septiembre.

Durante este periodo de tiempo, además de seguir prestando atención sanitaria a los pacientes que la precisen, cada ZBS elaborará un **Plan de contingencia** que permita afrontar un posible rebrote de la pandemia en periodo invernal, y que por tanto deberá estar finalizado para el mes de octubre.

Se incluirá en el **Plan de Salud Local** (Anexo1) que cada zona comenzará a elaborar en este periodo. Para ello podrá contar con el apoyo técnico del Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial de la Gerencia de Atención Primaria, e incluirá los aspectos más relevantes del Plan Interno de Mejora.

3. A partir del 1 de octubre.

Los equipos continuarán con la elaboración del Plan de Salud Local y dependiendo siempre de la situación epidemiológica y la necesidad de garantizar una atención segura, irán incorporando en su organización modificaciones que permitan avanzar en el camino de transición hacia el nuevo modelo de Atención Primaria en Navarra.



OBJETIVOS GENERALES

- Mantener la capacidad de Atención Primaria y de los Servicios de Urgencias Extrahospitalarias de prestar **atención a las necesidades** de salud de la población.
- Mantener el papel de la Atención Primaria y de los Servicios de Urgencias Extrahospitalarias en **el manejo de los pacientes afectados por la pandemia del COVID-19**.
- Utilizar los cambios organizativos generados a lo largo de la epidemia para **mejorar la calidad asistencial**.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- OBJETIVO 1.** Instaurar las medidas necesarias para que Atención Primaria y los Servicios de Urgencias Extrahospitalarias, presten una atención orientada a las necesidades de la población.
- OBJETIVO 2.** Lograr una adecuada respuesta a las necesidades de atención de la población adulta.
- OBJETIVO 3.** Lograr una adecuada respuesta a las necesidades de atención de la población pediátrica.
- OBJETIVO 4.** Realizar una actuación proactiva dirigida a las personas con mayor vulnerabilidad.
- OBJETIVO 5.** Lograr una adecuada respuesta a las necesidades sociales de la población.
- OBJETIVO 6.** Mejorar la asistencia sanitaria en el ámbito sociosanitario.
- OBJETIVO 7.** Proporcionar atención sanitaria de manera segura, minimizando el riesgo tanto para la población como para los profesionales.
- OBJETIVO 8.** Impulsar el desarrollo de las TICs.
- OBJETIVO 9.** Mantener operativa la estructura y circuito COVID-19.
- OBJETIVO 10.** Llevar a cabo una pronta identificación y confirmación diagnóstica de los casos sospechosos.
- OBJETIVO 11.** Garantizar el aislamiento y seguimiento de los casos en aislamiento domiciliario.
- OBJETIVO 12.** Realizar el estudio de contactos de casos nuevos COVID-19, siguiendo las directrices del ISPLN.
- OBJETIVO 13.** Mejorar la coordinación entre Atención Primaria y los Servicios de Urgencias Extrahospitalarias.



OBJETIVO 1. Instaurar las medidas necesarias para que Atención Primaria y los Servicios de Urgencias Extrahospitalarias presten una atención orientada a las necesidades de la población

Con las condiciones requeridas de atención segura, y manteniendo la distancia de seguridad, el número de personas que pueden ser atendidas de manera presencial es necesariamente menor al habitual en el periodo previo a la pandemia.

Por otro lado, la experiencia de estas semanas ha demostrado que muchos motivos de consulta habituales pueden ser resueltos de manera satisfactoria por medio de consulta no presencial.

Para asegurar una atención segura y de calidad, con mayor capacidad resolutive, se hace preciso reorganizar las agendas.

Medidas necesarias para regular la atención presencial en los centros de salud

- Se establece la **llamada telefónica** como forma preferente de solicitar atención en el centro de salud.
En este periodo se modificará el sistema de cita previa por internet para adaptarlo a la nueva situación.
- Establecer **criterios de citación definidos para el área de admisión** que, garantizando la atención a quien lo precise, permita adecuar la respuesta, la modalidad y el profesional idóneo.
- Adecuar los **profesionales y recursos** necesarios para una correcta gestión de las solicitudes de consulta (número de líneas telefónicas en las centralitas, número de administrativos...).
- Plantear **circuitos diferenciados de atención para pacientes COVID** (puntos de acceso, circuitos y/o horarios diferenciados).
- Potenciar las **consultas no presenciales (CNP) de alto valor clínico y educativo**.
- Diferenciar las CNP de aquellas otras consultas que son **actos administrativos** inherentes al trabajo en consulta.
- Adecuar el número de **consultas presenciales**, que serán de **mayor duración**.
- Adecuar la **atención domiciliaria** a las necesidades derivadas de la situación epidemiológica en cada momento (atención a pacientes COVID-19, atención a personas vulnerables...).
- Intensificar la **atención a distancia** con el uso de teléfonos u otros dispositivos telemáticos.



- Realizar una **campaña informativa poblacional** promoviendo el uso racional de los servicios sanitarios y la solicitud de atención vía telefónica.
- Dotar de **medios tecnológicos** que faciliten la comunicación con el paciente.
- Acometer el desarrollo de la **carpeta personal de salud**.

Gestión de la demanda

Durante las semanas de la pandemia se ha conseguido que los usuarios se sientan cómodos con las preguntas destinadas a gestionar adecuadamente la demanda, y los profesionales del servicio de admisión han demostrado hacer esta labor con eficacia y seguridad. Se pretende mantener este desarrollo conseguido.

Para evitar contactos innecesarios entre la población y a la vez realizar una adecuada gestión de las necesidades, se propone un sistema de gestión de la demanda no urgente que se irá adaptando en las distintas etapas de transición planteadas, en función de la situación epidemiológica existente en cada momento. Las **modificaciones propuestas inicialmente** son:

- Todas aquellas **demandas que no precisan una valoración presencial** para su resolución se atenderán preferentemente por medio de una **consulta no presencial (CNP)**.
- Serán los **profesionales** sanitarios y las trabajadoras sociales quienes, con ayuda de admisión, **determinarán** cuándo es necesaria una **atención presencial** y la decisión no recaerá exclusivamente en el usuario. De esta manera, en la primera etapa:
 - Cuando un usuario solicite atención se le asignará una CNP. El profesional sanitario o social correspondiente realizará la valoración y resolverá telefónicamente, derivará a otro profesional, o decidirá la necesidad de una consulta presencial.
 - Se citarán presencialmente en el centro de salud de manera programada aquellas visitas priorizadas proactivamente por los profesionales sanitarios o por Trabajo Social.

Conforme la situación epidemiológica lo vaya permitiendo se irá incrementando el número de consultas presenciales asignadas desde admisión, siguiendo criterios clínicos y sociales previamente establecidos.

- Respecto a la **atención presencial domiciliaria**:
 - Se realizará **cuando el profesional considere** necesaria la atención en el domicilio, porque el paciente no pueda desplazarse al centro de salud, sea vulnerable, la situación clínica así lo aconseje o se encuentre en situación de aislamiento por COVID-19.
 - Las UBAs/Trabajadora Social se citarán además proactivamente a aquellas personas que precisen atención domiciliaria para valoración / control / seguimiento / apoyo / enseñanza.
- Cuando el usuario solicite una cita espontánea, en el **área administrativa siempre le harán dos preguntas** que condicionarán la gestión de la cita:
 - **¿Qué necesita?**
 - **¿Presenta síntomas compatibles** con infección por COVID-19? (tos, fiebre, dificultad respiratoria, odinofagia, dolores musculares, cefalea, diarrea, ausencia del gusto o del olfato).

Por motivos de seguridad, y para preservar la atención en los circuitos adecuados, es **imprescindible que el paciente responda** a estas preguntas para que se le asigne una cita desde admisión.

Con la información obtenida se gestionará la demanda tal como se muestra en las figuras 1, 2 y 3.

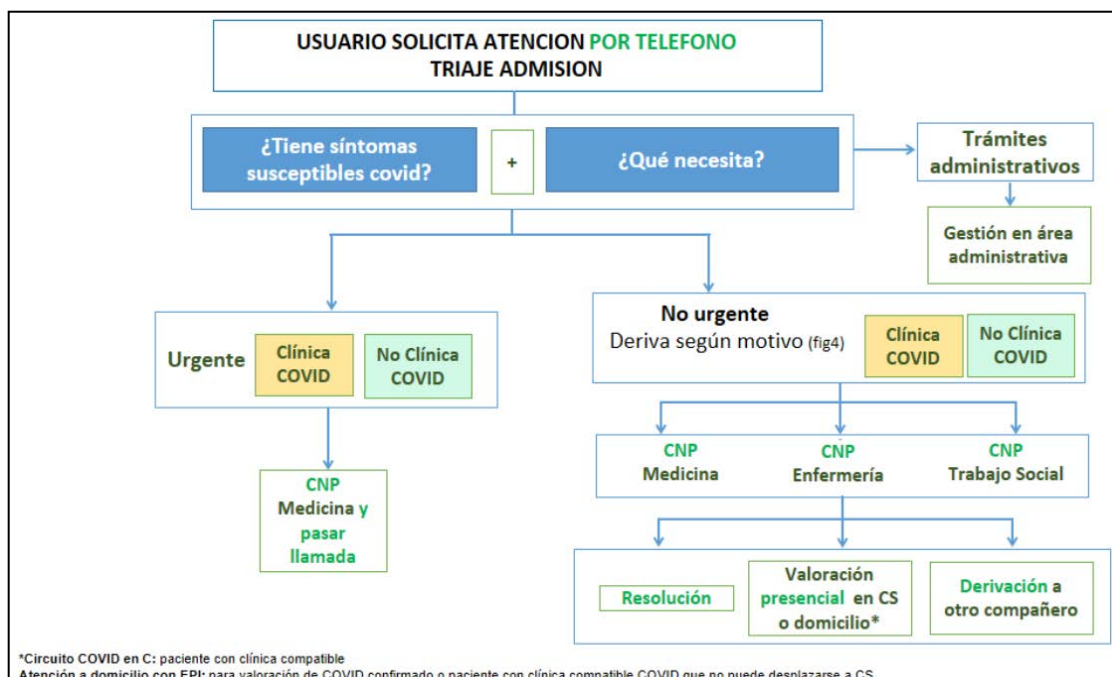


Figura 1: Solicitud de atención a través de llamada telefónica

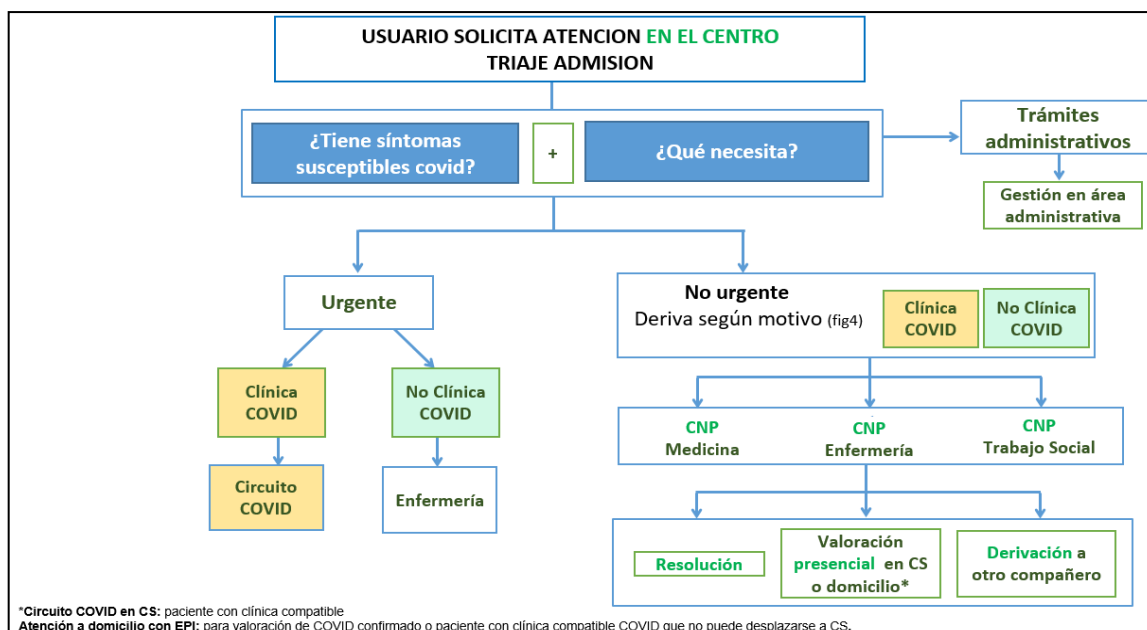


Figura 2: Solicitud de atención en el centro de salud

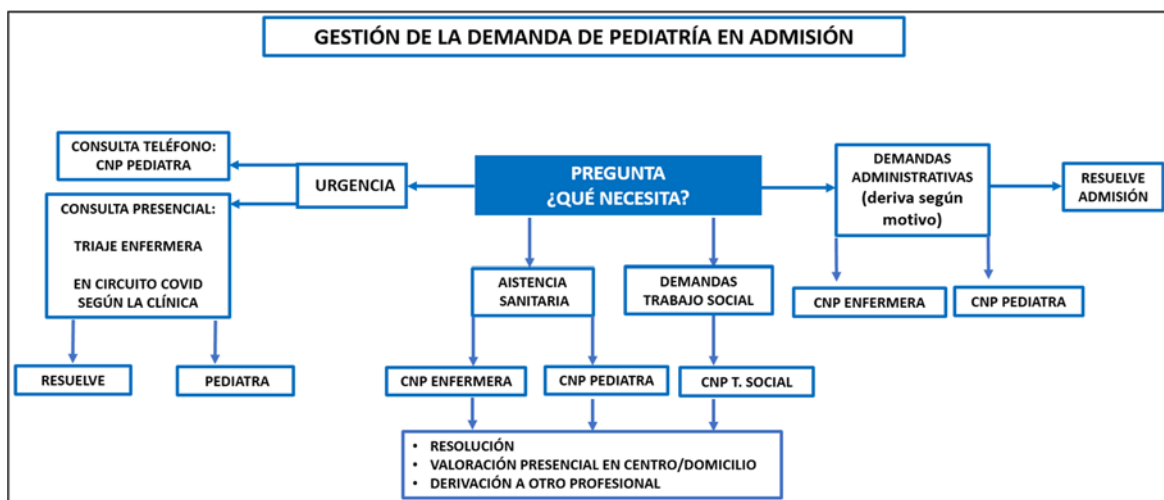


Figura 3: Gestión de la demanda en Pediatría

Por lo tanto, para adecuar la respuesta a las necesidades derivadas de la epidemia, se incorpora el circuito COVID a los criterios de citación propuestos por el Plan de Mejora (fig. 4 y 5):

- **Solicitud de trámites administrativos/burocráticos:** se intentará resolver la necesidad desde el **área administrativa** o se gestionará de la manera que se eviten desplazamientos y/o atenciones innecesarias.



- **Necesidad social**: se citará una **CNP a Trabajo Social** para la atención de aquellas situaciones de necesidad social derivadas de la pandemia, así como para el seguimiento de las detectadas anteriormente.
- **Solicitud de atención sanitaria**:
 - Se citará una **CNP** con medicina, pediatría o enfermería dependiendo de qué profesional puede dar una mejor respuesta a la necesidad que plantee el paciente. Con carácter general:
 - **Enfermería adultos** recibirá la solicitud de atención de los procesos agudos predefinidos en el Plan de Mejora, demandas relacionadas con la atención a procesos crónicos y medidas de autocuidado, curas, dificultades de afrontamiento, apoyo en la elaboración del duelo, así como para seguimiento y atención en domicilio a pacientes en programa de atención domiciliaria o atención paliativa.
 - **Enfermería pediátrica** recibirá la solicitud de atención de consultas sobre lactancia, consejo de autocuidado en procesos agudos o crónicos, inmunoterapia y vacunas, seguimientos habituales, curas y afrontamiento en relación a la situación actual.
 - **Medicina** atenderá otros procesos agudos o subagudos, se encargará del seguimiento de pacientes tras el alta hospitalaria, descompensaciones y seguimiento de procesos crónicos tanto en el centro de salud como en domicilio, atención a pacientes paliativos, seguimiento de pacientes en situación de baja laboral...
 - **Pediatría** atenderá otros procesos agudos o crónicos en población infantil, seguimiento de desarrollo, dificultades de aprendizaje, necesidades psicosociales...
 - Respecto a la **atención** a pacientes con clínica sugestiva o con confirmación de **COVID-19** se procederá de manera diferenciada, tal y como está recogido en el ["Protocolo Manejo de posibles casos de enfermedad por virus COVID-19 en Atención Primaria Navarra"](#), y respetando la organización del **circuito** establecido en cada centro de salud.

Cada profesional atenderá y gestionará su agenda. Resolverá en el marco de sus competencias o derivará a otro profesional si así lo considera necesario.

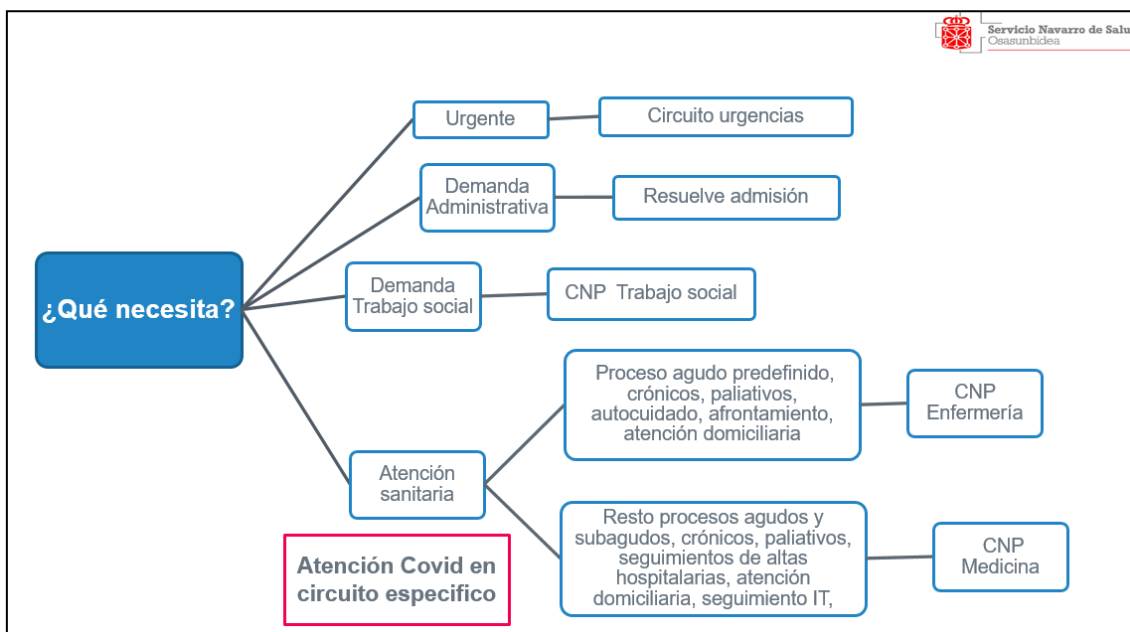


Figura 4: Adaptación de la gestión de la demanda en tiempos de COVID-19

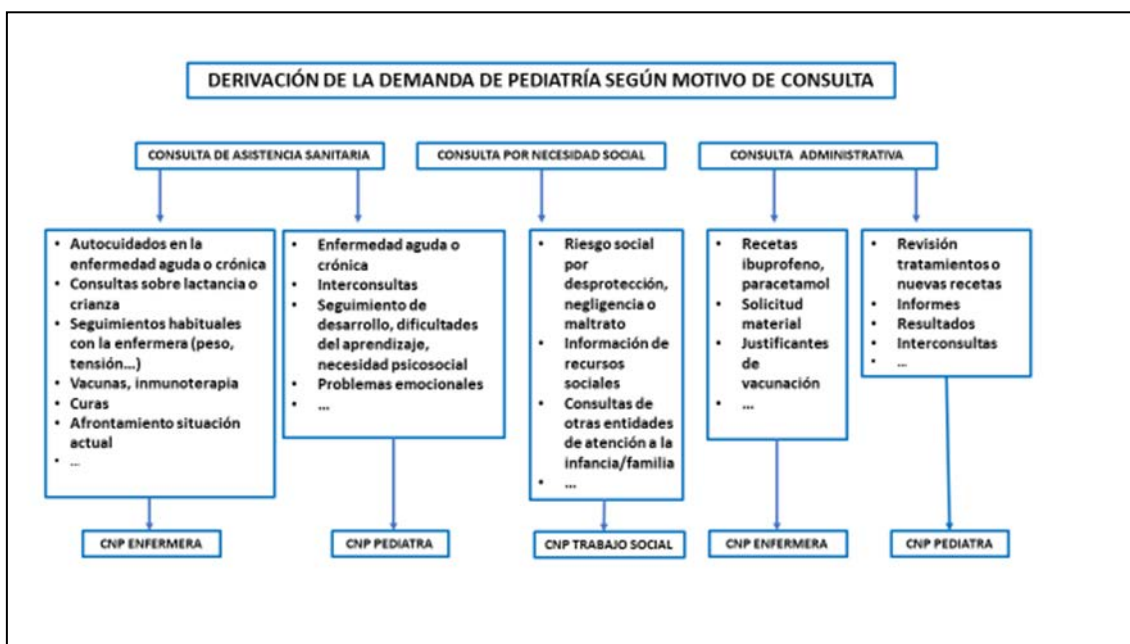


Figura 5: Adaptación de la gestión de la demanda en tiempos de COVID-19

Nuevas agendas

La pandemia ha obligado a realizar profundos cambios organizativos para adecuar de manera rápida la gestión de la atención en torno al COVID-19.

En los próximos meses será necesario mantener la flexibilidad organizativa.



Cada centro de salud presenta peculiaridades que dificultan la implantación de agendas únicas y será necesario, además, ir adecuándolas conforme la situación epidemiológica vaya cambiando hasta conseguir la situación de “nueva normalidad” en Atención Primaria.

A continuación, se proponen una serie de **recomendaciones generales** que cada ZBS deberá adaptar a su situación concreta.

- Mantener **agendas de circuito COVID** (enfermería y medicina) para atención presencial en el centro de salud de personas con clínica compatible de COVID, y para atención domiciliaria de casos confirmados en aislamiento.
- Mantener la **agenda COVID-ZBS** para posibilitar la citación externa (SUE, enfermera de consejo, APP) aunque el seguimiento telefónico de los casos se realice por parte de la UBA.
- Realizar cambios en las **agendas nominales** (Anexo 2):
 - Con el fin de incrementar su resolutivead, aumentar la duración de las consultas presenciales (15 minutos para medicina y enfermería y 20 minutos para Trabajo Social).
 - Para posibilitar que las CNP tengan contenido clínico, de cuidados y/o apoyo y permitan resolver demandas y necesidad de los usuarios aumentar su duración (10 minutos).
 - Mantener citas para la atención a personas con procesos crónicos (20 minutos).
 - Potenciar la atención domiciliaria en pacientes vulnerables.
 - Mantener el tiempo dedicado a la reunión de la UBA como elemento facilitador del trabajo coordinado y la gestión de cupo (revisión de historias, programación de citas presenciales...).
 - Aumentar el tiempo destinado a gestionar la consulta (tiempo de trabajo personal dirigido a la gestión de cupo): revisión de historia de pacientes citados, programación de citas, resolución de trámites, etc.
 - Considerar la distribución horaria de las consultas presenciales para evitar aglomeraciones en las salas de espera (concentrar las citas de cada UBA en distintos tramos horarios si comparten salas de espera, intercalar CNP entre las presenciales para consultorios o UBAs que no las comparten...)

Medidas en los Servicios de Urgencias Extrahospitalarias

- Retomar la estrategia de atención a **urgencias tiempo-dependientes** (T-D) iniciada en enero de 2020 e interrumpida por la pandemia COVID-19.
 - Mejorar la respuesta de los diferentes servicios extrahospitalarios en las urgencias T-D.



- Potenciar la participación comunitaria y de profesionales no sanitarios en la detección y primeras maniobras en urgencias T-D.
- **Desarrollar los servicios de urgencias comarcales** adaptados a las necesidades y a la estrategia de atención continuada y urgente emprendida por la GAP.
- Incorporación de la figura de la **enfermera de coordinación** en SOS Navarra con funciones de coordinación de emergencias, urgencias sanitarias y sociosanitarias definidas por procedimientos, gestión de la demanda de transporte sanitario y apoyo a médicos coordinadores.
- Consolidar un **grupo de rastreadores** que se encargará de realizar el estudio de contactos de casos COVID-19.
- En la **red de transporte sanitario de urgencias** mantener, mientras sea necesario, una SVB-COVID para el área de Pamplona y un vehículo SVA en Tafalla, y establecer los procedimientos de desinfección que sustituyen a las dependencias de desinfección en los hospitales.
- Contemplar la posibilidad de mantener en los servicios de urgencias la figura de **Técnico de Emergencias sanitarias (TES)**.

OBJETIVO 2. Lograr una respuesta adecuada a las necesidades de salud de la población adulta

Priorización de actuaciones

Para garantizar la longitudinalidad de la atención se recomienda comenzar con un **análisis proactivo de la situación y necesidades de los y las pacientes**. Esta labor reflexiva permitirá priorizar la atención a realizar y planificarla.

Recomendaciones de priorización

(En el caso de que no se haya realizado un seguimiento en las semanas previas)

- Personas con **patologías crónicas** avanzadas, o con cierto grado de inestabilidad o mal control, o cuyos seguimientos estaban pendientes o fueron demorados debido a la epidemia del COVID.

Posteriormente se retomarán los controles rutinarios de pacientes crónicos estables.

Debe procurarse que las consultas de seguimiento de personas con patologías crónicas sean consultas de alta resolución.



Herramientas de aproximación:

- Panel de control de la Estrategia del Crónico.
- Listados de citas demoradas, si se dispone de ellos.
- Listados de personas con Insuficiencia cardiaca, Insuficiencia Renal Crónica, EPOC, asma u otros procesos crónicos, si se considera necesario.

- Personas en atención **domiciliaria**.

Herramienta de aproximación:

- Listados de ATENEA.

- Personas en **situación de dependencia con necesidad de provisión de cuidados** por parte de familiares o de otras personas.

Herramienta de aproximación:

- Listado de ATENEA “Déficit de autovalimiento”.

- Personas con **Trastornos Mental Grave**. Atención a sus factores de riesgo.
- Personas **mayores de 70 años**, que a priori han podido sufrir un empeoramiento de su situación funcional o cognitiva.
- Personas en situación de **duelo o afectación emocional** relacionada con la pandemia o confinamiento.

Continuación de la estrategia de autocuidados en procesos crónicos. Consultas educativas telefónicas

Cada UBA priorizará las personas de su cupo que:

- Precisen atención educativa, por estar en proceso de capacitación para el autocuidado en el momento de inicio de la pandemia o que por situaciones sobrevenidas sea necesario iniciarla ahora.
- Se incluyen asimismo las personas en las que se hayan detectado descompensaciones de su estado clínico, emocional o de autocuidado.

Se recomienda ir revisando las historias de los pacientes y seleccionando aquellos que precisan una atención más precoz.

- La enfermera realizará autocita CNP con los seleccionados para llevar a cabo el proceso educativo y reforzar medidas de autocuidado.
- La cita presencial se reservará para los casos que no puedan solucionarse por teléfono.



Realización de técnicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos

- Para garantizar una atención segura manteniendo la distancia de seguridad será preciso priorizar la realización de aquellos procedimientos y técnicas necesarias para establecer un diagnóstico, o cuando su resultado aporte información relevante para la toma de decisiones.
 - ECG
 - Holter TA
 - Doppler
 - Ecografía
- Para el control de INR se realizará como hasta el momento una priorización del lugar de atención, especialmente en personas mayores y vulnerables, que dependerá de la situación epidemiológica del momento.
- No se realizarán nebulizaciones en el centro de salud.
- No se realizarán espirometrías hasta no disponer de un protocolo seguro para su realización.
- En esta etapa no se realizarán talleres grupales.
- Extracción de sangre y recogida de muestras para laboratorio: se realizarán conforme a las medidas de seguridad indicadas por el SPRL.

OBJETIVO 3. Lograr una adecuada respuesta a las necesidades de atención de la población pediátrica

Actividades a mantener o incorporar en un primer momento

- **Diagnóstico y seguimiento** de niños diagnosticados de **Covid-19**.
- Mantener la **visita domiciliaria del recién nacido** con especial atención a la instauración de la lactancia debido a que se están dando altas hospitalarias precoces.
- Rescatar las **revisiones y vacunaciones de lactantes** que se tenían que haber desde el inicio de la pandemia y no se han podido realizar.
- Prestar especial atención a **posibles displasias de cadera** en las revisiones de lactantes, teniendo en cuenta que desde el comienzo de la pandemia no se está haciendo el screening.
- **Ampliar los exámenes de salud** que se están haciendo hasta la revisión de los **tres años de edad**.



- Citar para la **revisión de los 14 años** a aquellos pacientes que cumplen 15 años antes de septiembre (nacidos entre marzo y septiembre de 2005) y que no la tengan hecha.
- Reanudar el control telefónico o presencial de **pacientes con patología crónica** si se ha interrumpido por la situación de epidemia.
- Control telefónico o presencial de **pacientes con necesidades psicosociales** ya conocidas, si se ha interrumpido por la situación de epidemia.
- **Inmunoterapia** en aquellos pacientes en que se hubiera retrasado o interrumpido.
- **Vacunaciones escolares** que no se han podido completar este curso (según lo acordado con ISPLN).

Actividades a realizar en un segundo momento

- **Exámenes de salud de 6 a 14 años.**
- **Contacto con los centros escolares** de la zona básica (incluidos 0-3 años) para valorar las necesidades relacionadas con las medidas de prevención de COVID-19, así como con la atención a las niñas y niños escolarizados que presentan enfermedades crónicas.

Reordenación de la atención pediátrica

Propuesta de organización de la actividad en las consultas de pediatría

- Citar a primera hora:
 - los exámenes de salud (el número variará según las características de cada cupo), siempre en circuito limpio.
 - citas telefónicas disponibles para la enfermera y pediatra (triaje y llamadas que requieran una valoración preferente).
- Citar a segunda hora:
 - consultas presenciales programadas (CNM, CCR, CNE) citadas en los circuitos correspondientes (COVID o no-COVID).
 - citas día que se han valorado previamente por teléfono.
 - citas telefónicas de seguimiento de casos leves, consultas administrativas...
- Espaciar las citas para evitar que los pacientes se acumulen en la sala de espera y para dar tiempo, en caso de que sea necesario, de hacer una limpieza rápida de las consultas. Poner, por ejemplo, dos CNP entre cada consulta presencial.
- Prever huecos en agenda para las visitas domiciliaria de los recién nacidos y de los pacientes crónicos que la puedan necesitar.



- Consideramos importante mantener la reunión de la UBA (ampliada con trabajo social en aquellos casos que lo precisen) con el fin de organizar el trabajo y hacer valoración conjunta de los casos.

Herramientas

- Con el fin de facilitar la valoración telefónica del paciente a través de la CNP, se han elaborado árboles de decisión según diversos síntomas de presentación como fiebre, tos, vómitos y/o diarrea y lesiones cutáneas (Anexo 3).

Equipos

- Se recomienda volver a revisar el funcionamiento del equipo de pediatría del centro, teniendo en cuenta la necesidad de cubrir los dos circuitos y atender todas las consultas referidas anteriormente.
- Se valorará la agrupación de pediatras en aquellas ZBS en las que esta acción genere beneficios para la correcta atención.
- Es aconsejable establecer procedimientos de atención para situaciones en las que se produzca ausencia de profesional de pediatría.

OBJETIVO 4. Realizar una actuación proactiva dirigida a las personas con mayor vulnerabilidad

Actuación sobre población geriátrica (mayor)

Es importante priorizar la intervención en la población geriátrica valorando su situación funcional.

Objetivos

- Proporcionar una **atención adaptada a las necesidades** de las personas mayores.
- **Priorizar la valoración de la situación funcional** a la hora de planificar su atención. Tener en cuenta que la posibilidad de recuperación será menor cuanto mayor sea la pérdida funcional.
- Proporcionar **atención integral** a las personas mayores **afectadas por COVID y seguimiento** de sus posibles secuelas.
- **Minimizar el efecto negativo del confinamiento o aislamiento domiciliario** prolongado que puede implicar una pérdida funcional y un empeoramiento del estado físico y mental. Este efecto nocivo será más manifiesto en mayores frágiles y dependientes.



Recomendaciones generales para favorecer el envejecimiento saludable y prevenir la discapacidad en tiempos de COVID en el ámbito de Atención Primaria

- **Actuación y seguimiento proactivo.**

Revisión de los pacientes mayores de 70 años y de los pacientes en atención domiciliaria para valorar su situación y reiniciar el seguimiento en caso de que no haya habido contacto desde el inicio de la pandemia.

- **Valoración y monitorización del estado funcional.**

Detección de recientes pérdidas funcionales (alteración de Lawton-Brody o Barthel).

Si no existe una clara alteración funcional (Barthel > 90) se recomienda cribado de fragilidad, a ser posible mediante test de ejecución (SPPB, velocidad de la marcha o TUG).

- **Fomento de la actividad física.**

Recomendar ejercicio multicomponente adaptado con combinación de resistencia, fuerza y flexibilidad (Anexo 4).

- **Valoración y monitorización de la situación nutricional.**

- Monitorización del peso.
- En caso de pérdidas de peso (IMC < 22 o pérdidas de peso > 5% en un mes o iguales a un 10% en 6 meses) realizar cribado nutricional utilizando el instrumento MNA.
- Intervención acorde a la “Estrategia para el abordaje de la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE)” del SNS-O (Anexo 4).

- **Valoración y monitorización de la situación anímica.**

Acompañar, dar respuestas a las necesidades emocionales y estar atento al desarrollo de trastornos mentales.

- **Control de las patologías de base y revisión de adherencia y cumplimiento de tratamientos crónicos.**

Es necesario continuar con el seguimiento de la cronicidad (seguimiento telefónico o seguimiento presencial cuidando las medidas de protección y seguridad, en domicilio o en el centro de salud).

- **Valorar los deseos de los pacientes. Planificación anticipada de decisiones.**

- Valoración de la **situación social** y la **red de apoyo**.
- Mantener y fomentar el apoyo de los **recursos comunitarios**.
- **Coordinar** la atención con el apoyo de **atención hospitalaria** en los casos en los que sea necesario.



Actuación sobre población con trastorno mental grave

- Valorar situación actual respecto al último contacto en personas con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar y aquellas que toman neurolépticos que no hayan sido prescritos por padecer demencia.
- Mantener contacto dirigido a valorar su situación mental, consumo de tabaco y alcohol, aspectos nutricionales y de ejercicio físico.
- Valorar la necesidad de solicitud de analítica para control de RCV.

Actuación en situaciones de familias en riesgo social

- Detección por los profesionales de pediatría y trabajo social de las dificultades originadas por la pandemia y seguimiento de las ya conocidas, en coordinación con el resto de profesionales del equipo de Atención Primaria para realizar una atención global a la familia.
- Promover el bienestar de los menores, prevenir el riesgo derivado de problemas sanitarios y sociales. Fomentar cambios en hábitos saludables tanto en consulta como en el medio escolar/social.
- Trabajar en Red para mejorar la situación en la que se encuentra la población infantil y participar de todas aquellas iniciativas que se realicen. Derivar a los recursos establecidos las situaciones de desprotección y trato inadecuado.

OBJETIVO 5. Lograr una adecuada respuesta a las necesidades sociales de la población

Objetivos de la intervención de Trabajo Social de Atención Primaria

- Garantizar el **aislamiento en aquellas personas con COVID que no pueden llevarlo a cabo en su domicilio.**
- **Detectar precozmente** a aquellas personas en situación de **riesgo social por vulnerabilidad.**

Se recomienda una labor proactiva, atendiendo a indicadores sociales: situación de convivencia, presunción de desprotección, negligencia y maltrato.



- Atender a familias y personas:
 - En **situación de dependencia**.
 - Con **demencia**.
 - Con **altas necesidades de cuidados**.
 - Con **falta grave de autonomía y déficit de recursos**.
- Atender a **menores en riesgo social**, bien por su situación familiar, bien por enfermedad de los progenitores u otras situaciones que se puedan producir.
- Proporcionar **atención urgente** a:
 - Personas **sin hogar**.
 - Mujeres en situación de **violencia de género**.
 - Personas en situación de **exclusión social**.
- Atender **al duelo**.
- Facilitar la realización del **documento de últimas voluntades**.
- Participar en la **coordinación y trabajo conjunto** con **Servicios Sociales de Base** y entidades y **redes comunitarias**, en la provisión de recursos de apoyo a las personas, en la información y promoción de hábitos higiénicos y medidas relacionadas con la situación de pandemia, y promoción de hábitos de vida saludable.

OBJETIVO 6. Mejorar la asistencia sanitaria en el ámbito sociosanitario

Garantizar una atención sanitaria de calidad en las residencias de personas mayores y discapacidad.

Objetivos

- Asegurar la implantación de medidas generales que minimicen el contagio y la propagación de la infección en las residencias de personas mayores.
- Garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para asegurar una atención sanitaria de calidad en estos centros.
- Garantizar la aplicación de los procedimientos de atención de medicina y enfermería establecidos para el medio comunitario.



- Asegurar la atención en el final de vida facilitando una muerte digna: acompañamiento, medidas farmacológicas, cuidados paliativos y duelo en el entorno familiar y residencial.
- Fortalecer la coordinación de todos los agentes intervinientes en la atención sociosanitaria de las residencias de personas mayores.
- Favorecer el envejecimiento saludable y prevenir la discapacidad en tiempos COVID-19 en el ámbito sociosanitario.

Líneas de trabajo

Se estructuran las líneas de trabajo para la gestión de la atención sanitaria en las residencias de personas mayores en la crisis derivada de COVID-19, en 4 bloques:

1. Bases de la gestión:
 - a. Definición de competencias de los Departamentos de Salud y Derechos Sociales.
 - b. Registro y difusión de acuerdos interdepartamentales.
 - c. Creación/actualización de procedimientos.
2. Adecuación de medios y herramientas:
 - a. Mejora de la información y canales de comunicación.
 - b. Nuevos recursos temporales.
 - c. Disponibilidad y utilización de ATENEA/ANDIA.
 - d. Normas organizativas para la atención sanitaria residencial desde las zonas básicas.
 - e. Normas organizativas para la atención sanitaria en los centros residenciales.
 - f. Adecuación en la dotación de material y farmacia.
 - g. Adecuación y sustitución de personal.
 - h. Análisis de datos.
3. Atención sanitaria de calidad:
 - a. Elaboración de un programa de actuación dirigido a la atención sanitaria integral de la población geriátrica.
 - b. Mecanismos de control y refuerzo para el cumplimiento del documento de actuación y los procedimientos elaborados.
4. Monitorización evolución:
 - a. Establecimiento de variables.
 - b. Seguimiento de indicadores.



OBJETIVO 7. Proporcionar atención sanitaria de manera segura, minimizando el riesgo tanto para la población como para los profesionales

Medidas preventivas de seguridad y adecuación de recursos arquitectónicos y de equipamiento

- A las **personas que accedan al centro de salud o de atención de urgencias extrahospitalarias**:
 - Se les suministrará una **mascarilla quirúrgica** si no disponen de ella o si traen una mascarilla con válvula (no retiene al aire exhalado).
 - Se les solicitará y controlará que realicen la **higiene de manos** con solución hidroalcohólica al entrar y salir del centro de salud y al entrar en las consultas.
 - Si acuden con guantes, se les indicará que deben retirárselos para hacer una correcta higiene de manos.
- Se colocarán dispositivos de **solución hidroalcohólica** en zonas comunes, admisión, salas de espera y consultas.
- Se colocará **cartelería**:
 - En puertas de entrada y paredes de salas de espera con recomendaciones de higiene de manos, higiene de la tos...
 - En zona de acceso de ascensores con la recomendación de limitación de uso a situaciones imprescindibles.
- Se adecuará la disposición del **área de admisión** y se habilitarán estructuras de protección para los trabajadores del área administrativa según las instrucciones proporcionadas por el ISPLN.
- Se procederá a organizar la **zona de admisión y las salas de espera** para garantizar la **distancia de seguridad de 2 metros**: elementos de señalización en suelo, separación de sillas o señalización de aquellas que no deban ser utilizadas mediante carteles plastificados...
- Mantener las **salas de espera y consultas** libres de sillas tapizadas, juguetes, libros, elementos decorativos y plantas.
- Recordar la conveniencia de que los **niño/as pequeños** permanezcan en los cochecitos o silletas y de que los niños/as que deambulan no toquen los distintos elementos de la sala y consulta.



- En **cada consulta** se dispondrá de:
 - Solución hidroalcohólica.
 - EPIS adecuados y suficientes para la actividad que se vaya a desarrollar.
 - Camillas con protección de papel.
 - Ventilación adecuada.
- Se garantizará el **uso correcto de EPIS**.
- Se garantizará la disponibilidad de un **almacén de material** con accesibilidad de 24 horas los 365 días del año, y un **vehículo para su reparto**.
- **Suspender**, hasta determinar los requisitos de seguridad, aquellas técnicas y tareas que se llevan a cabo en el centro de salud, especialmente espirometrías y nebulizaciones, que pueden conllevar mayor riesgo y precisar la utilización de equipos de protección especiales.
- Mantener **distancia de seguridad de 2 metros en zonas de relax**, vestuario, reuniones...
- Dotar de **uniforme corporativo** para todos los profesionales.
- Dotar de **vehículos**.
- Intensificar la **limpieza y desinfección** siguiendo instrucciones del ISPLN.
- Adecuar el procedimiento de limpieza.
- Realizar **planes funcionales** para la construcción de nuevos centros que contemplen las mediadas arquitectónicas señaladas anteriormente.

Establecer medidas organizativas que permitan mantener la distancia de seguridad

- Para evitar la aglomeración de personas en las instalaciones se hace preciso una gestión activa de la citación, potenciando la atención telefónica, la telemedicina y el distanciamiento en el horario de las consultas presenciales en el centro.

Reorganización de extracción sanguínea y recogida de muestras

- Informar a los pacientes que deben comunicar si el día de la extracción tienen fiebre, tos, disnea, diarrea, pérdida de olfato o gusto, cefalea o cualquier otro síntoma compatible con COVID-19.
- Insistir a la población que cuando se les dé la cita deben acudir a la hora justa, no con antelación, para evitar contactos innecesarios.



- Valorar incrementar el número de espacios para realizar las extracciones.
- Disponer del material de envío y embalaje requeridos.
- Procedimiento de extracción (guantes + mascarilla + pantalla o gafas).
- Realizar extracción a domicilio en pacientes con diagnóstico de COVID.

Desburocratización en la gestión de las ITs.

- Mantener el envío de justificantes de incapacidad laboral por correo electrónico.
- Habilitar la posibilidad de enviar IT a través de la carpeta personal de salud del paciente.
- Trabajar para que las enfermeras puedan autorizar y prescribir legalmente un descanso domiciliario de hasta 3 días para las personas que atienden.

OBJETIVO 8. Impulsar el desarrollo de las TICs

Se plantea como necesario:

- Mantener y ampliar las habilitaciones de la **APP Coronatest de Navarra** (consejos de salud para distintas situaciones, apoyo en el seguimiento de contactos...)
- Desarrollar **sistemas seguros de teleconsulta** para la atención a distancia de pacientes. Por un lado, supondrá una herramienta de apoyo en aquellas consultas no presenciales en las que se requiere un contacto más estrecho o una valoración “de visu” de la situación del paciente. Por otro lado, es una herramienta útil para evitar desplazamientos innecesarios de pacientes y aglomeraciones en salas de espera.
- Desarrollar y potenciar el uso de la **telemonitorización**.
- Estudiar la posibilidad de dotar de **teléfono corporativo** a los profesionales.
- Ampliar las habilitaciones de la **carpeta personal de salud**, así como potenciar y generalizar su uso, de manera que permita un mayor acceso del paciente a su información de salud, y facilite una vía de comunicación alternativa Atención Primaria / Atención Hospitalaria / Paciente, que ayude a desburocratizar actos médicos (envío de informes clínicos, volantes de solicitud de pruebas, partes de baja...) evitando así citaciones y visitas al centro de salud innecesarias.
- Mantener el uso de **videoconferencias** con finalidad docente y como medio de comunicación en Atención Primaria.



OBJETIVO 9. Mantener operativa las estructuras y circuitos COVID-19

Zona Básica de Salud:

- Todas las ZBS elaborarán un **plan de contingencia** que quede recogido en su **Plan Local de Salud**, que contemple el mantenimiento operativo de un circuito diferenciado para la atención a personas con clínica compatible con infección COVID-19. Se deberá realizar un análisis y posterior propuesta de cambios o mejoras, incluidas dotaciones y modificaciones arquitectónicas.
- El **circuito COVID** debe estar **diferenciado**, a ser posible espacialmente. Si no fuera posible (centros pequeños, consultorios) deberá concentrarse en franjas horarias preferiblemente al final de la jornada.
- La actividad de este circuito (Anexo 6) vendrá determinada por la situación epidemiológica y deberá ser **flexible** para poder adaptarse a una demanda cambiante.

Servicios de Urgencias Extrahospitalarias:

- Se mantendrá el **doble circuito asistencial** COVID / no-COVID.
- Se introducirá la consulta de **enfermería de resolución de casos**.
- Se mantendrán los **circuitos** de recogida de muestras para **PCR** y de realización de **test serológicos**.
- Se mantendrán en el **Transporte Sanitario de Urgencias** los procedimientos específicos de intervención en pacientes **infecciosos**, así como el procedimiento de desinfección de ambulancias.
- Se dispondrá un plan operativo con su correspondiente dotación, que garantice, en caso de ser necesario, el despliegue de un **hospital de campaña** para 150 camas en un plazo de 72 horas.
- Se dotará de **instalaciones específicas** para albergar de forma estable las distintas infraestructuras del SUE, realizar las actividades de control y seguimiento de la pandemia (recogida de muestras, call-center de seguimiento de contactos, hospital de campaña), así como otras actividades de la Gerencia de Atención Primaria.



OBJETIVO 10. Llevar a cabo una pronta identificación y confirmación diagnóstica de los casos sospechosos

Se considera **caso sospechoso** aquel que, hasta obtener el resultado de la PCR, cumple criterios clínicos de sospecha.

Los profesionales deben mantener una elevada **sospecha clínica** en aquellos pacientes que presentan síntomas compatibles con infección COVID-19 (tos, fiebre, dificultad respiratoria, odinofagia, dolores musculares, cefalea, diarrea, ausencia del gusto o del olfato).

A todo caso sospechoso de padecer COVID-19 se le realizará una **PCR en las primeras 24 horas**.

- Si es negativo, pero persiste alta sospecha clínica de COVID-19, se procederá a repetir la prueba.
- Si el resultado de la PCR es **positivo confirmará** el caso y serán los profesionales de referencia en su centro de salud los encargados de comunicarlo al paciente.
- Los casos confirmados serán de **declaración obligatoria y urgente**.

Debe asegurarse que los profesionales conozcan las medidas de prevención y control establecidas. Para ello se recomienda identificar en cada zona básica una persona responsable de la **formación de profesionales** de nueva incorporación. Puede ser la enfermera de enlace comunitaria, la responsable de docencia u otra profesional que decida la dirección del equipo.

OBJETIVO 11. Garantizar el aislamiento y seguimiento domiciliario de los casos

Es preciso el **aislamiento domiciliario** de los casos nuevos confirmados que se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico, con un mínimo de 14 días desde el inicio de los síntomas.

Si no se puede garantizar el aislamiento domiciliario se valorarán otras alternativas.

Se realizará un **seguimiento acorde a las necesidades y situación clínica** del paciente. Se priorizará el seguimiento telefónico de los pacientes con sintomatología leve que no requieran ingreso. Si se considera necesaria se realizará valoración presencial en domicilio.



Se indicará el **tratamiento adecuado** para cada caso:

- En casos leves o moderados se proporcionarán los tratamientos y cuidados precisos en domicilio ([Protocolo de tratamiento farmacológico del COVID-19 en Atención Primaria](#)), remitiendo al segundo nivel asistencial aquellos pacientes que así lo requieran.
- En casos graves no subsidiarios de medidas extraordinarias o derivación hospitalaria se garantizará un tratamiento paliativo de calidad ([Protocolo de atención a pacientes en situación de gravedad no candidatos a traslado hospitalario o últimos días en la crisis del COVID-19 en medio residencial y Atención primaria](#)”).

OBJETIVO 12. Realizar el estudio de contactos de casos nuevos COVID-19, siguiendo las directrices del ISPLN

El **estudio de contactos se inicia con la solicitud de la PCR** a un paciente bien sea por presencia de síntomas o en persona asintomática en la que es necesario descartar la enfermedad. Es en este momento cuando se recogen los primeros **datos de la encuesta epidemiológica, de obligado cumplimiento:**

- Presencia de síntomas.
- Fecha de inicio, en caso de que los haya.
- Si se trata o no de personal sanitario/sociosanitario.
- Posible origen del contagio.
- Viaje al extranjero.
- Contacto con caso confirmado.

Si se confirma el diagnóstico de infección se comunica el resultado positivo de la PCR al paciente desde su centro de salud y se le pregunta por el número de contactos estrechos desde 2 días antes del comienzo de los síntomas en caso de que los haya. Se le pide que elabore un listado con sus datos, y se le informa de que contactarán con él para preguntárselos.

En la **comunidad** será el **equipo de rastreadores el encargado de proseguir el estudio de contactos y su seguimiento** tras identificar los casos confirmados en la herramienta Tableau. Procederá de la siguiente manera:

- Llamará a cada uno de los casos confirmados para obtener el listado de sus contactos estrechos.
- Contactará con cada uno de ellos para confirmar su condición de contacto estrecho.
- Registrará el número total de contactos confirmados para cada caso.



- **A los contactos** les indicará la necesidad de realizar aislamiento preventivo (14 días desde el último contacto de riesgo con el caso confirmado).
- Registrará en el módulo de ATENEA los siguientes datos:
 - Fecha del último contacto.
 - Ámbito de contacto (centro sanitario, centro sociosanitario, domicilio, familiar no conviviente, escolar, laboral, otros, desconocido).
 - Fecha de inicio del aislamiento.
- Solicitará PCR a todos los contactos al finalizar la cuarentena.
- A los convivientes, además, les solicitará PCR al inicio del aislamiento.
- Tramitará la baja laboral cuando sea necesaria.
- Se generarán de manera automática visitas de seguimiento en los días 7º, 10º y 14º a partir de la fecha registrada del último contacto.
- Se le indicará que en caso de que aparezcan síntomas fuera de estas fechas establecidas para el seguimiento, será necesario realizar una PCR y para ello deberá ponerse en contacto con su centro de salud o con la enfermera de consejo o 112.
- Se ofertará también el uso de la APP para facilitar el seguimiento: le llegará un mensaje diario para recordarle el control de síntomas y en caso de que registre alguno se generará una CNP en su centro al día siguiente de manera automática para valorar la petición de PCR.
- Abrirá en la historia clínica del contacto el episodio A2319 “Contacto de personas con otras enfermedades víricas transmisibles”.
- Cumplimentará los datos en el protocolo de ATENEA “Atención/seguimiento infección COVID-19”:
 - Presencia de síntomas.
 - Precisa IT.
 - Cumplimiento de medidas.

Para llevar a cabo lo señalado, se procederá al traslado de las profesionales de enfermería de consejo sanitario a las nuevas dependencias del SUE en Refena y se consolidará un grupo de profesionales encargado del rastreo de contactos COVID.

En la **zona básica de Lesaka**:

- Si la petición de PCR se ha realizado en el propio centro de salud, se seguirá el procedimiento estándar.
- Si la petición se ha realizado en el Hospital de Irún, desde ahí se enviará al centro de salud el listado de pacientes con el resultado de la PCR. A los positivos que no estén ingresados se les realizará seguimiento desde el centro y a la vez se remitirá a la enfermera de consejo sus CIPNAs y el nombre, apellidos, CIPNA y teléfono de cada uno de sus contactos.



En **centros sociosanitarios** la gestión de los contactos dentro de la residencia la realizará el **equipo médico** responsable de la misma:

- Procederá al aislamiento preventivo de dichos contactos y al registro en ATENEA de los datos.
- Enviará a la enfermera de consejo un listado con los posibles contactos externos al centro indicando nombre y apellidos, CIPNA y teléfono de contacto.

En **personas hospitalizadas** es el **Servicio de Medicina Preventiva del hospital** el que recoge los datos, hace el seguimiento de los contactos dentro del hospital y elabora el listado de los posibles contactos extrahospitalarios (nombre y apellidos, CIPNA y teléfono de contacto) y lo envía a la enfermera de consejo.

OBJETIVO 13. Mejorar la coordinación entre Atención Primaria y los Servicios de Urgencias Extrahospitalarias

Es preciso desarrollar un modelo de atención a la demanda común entre Atención Primaria y los Servicios de Urgencias Extrahospitalarias que dé respuesta de manera unificada a las necesidades de la población.

La pandemia ha obligado a realizar importantes cambios organizativos para adecuar de manera rápida la gestión de la atención en torno al COVID-19 con peligro de provocar un desplazamiento de la atención desde los centros de salud a los servicios de urgencias que hay que evitar.

Para ello es necesario establecer criterios comunes en relación a consultas no presenciales, triaje de enfermería con capacidad resolutive, criterios de derivación o tratamientos, compartiendo protocolos y docencia.



ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

En la situación actual se precisa:

- Desarrollar un **plan global de información y concienciación a la población** sobre la utilización de los servicios y las medidas organizativas en Atención Primaria.
- **Informar a la población** sobre:
 - La **responsabilidad individual y colectiva en el uso racional** de los servicios sanitarios.
 - La importancia de la **prevención** y el **autocuidado**.
 - La necesidad de **continuar restringiendo las consultas presenciales** (tanto en el centro de salud como en domicilio).
 - La recomendación de **utilizar las consultas a distancia** (telemáticas o telefónicas) siempre que sea posible.
 - El **funcionamiento actual de su centro de salud**.
 - La existencia de distintos **recursos de apoyo** como la carpeta personal de salud o la APP.
- **Insistir en los siguientes mensajes:**
 - Realizar una correcta higiene de manos.
 - Respetar la distancia de seguridad mínima de dos metros con el resto de usuarios.
 - Es necesario llamar SIEMPRE por teléfono antes de acudir al centro de salud para una correcta gestión de su necesidad.
 - Si tiene cita presencial y tiene síntomas compatibles con COVID tiene que avisar por teléfono.
- **Conseguir la máxima difusión posible:**
 - Uso de instrumentos de apoyo con mensajes claros: cartelería, folletos...
 - Difusión en distintos medios de comunicación: radio, televisión y prensa.
 - Incorporación de información relevante y actualizada en redes sociales, canal de Navarra Salud, APP...



Anexos

Anexo 1. PLAN DE SALUD LOCAL

El Plan de Salud Local (PSL) es un instrumento de gestión que debe recoger la planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones que se llevarán a cabo en una Zona Básica de Salud, así como su organización, con objeto de incrementar el nivel de salud de la población. Debe atender tanto las necesidades de salud derivadas de la pandemia COVID-19, como el resto de necesidades de salud de su población.

Debe contener al menos los siguientes apartados:

1. Plan de Contingencia ante un posible nuevo rebrote COVID-19.

Los planes de contingencia deben contemplar las actuaciones que se adoptarán, tanto a nivel de los centros de salud y consultorios, como en las residencias de mayores y de personas con discapacidad, para afrontar de manera adecuada y eficaz un nuevo pico de incidencia de COVID-19.

2. Diagnóstico de salud del ámbito territorial/poblacional de referencia.

Se identificarán los problemas y necesidades de salud de la zona y los recursos existentes a nivel local.

Puede servir de base la información proporcionada por el Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra del ISPLN, y añadir la obtenida a nivel local.

3. Acciones a llevar a cabo por los profesionales.

Una vez identificadas y priorizadas las áreas de intervención, se planificarán las actuaciones a llevar a cabo desde la ZBS para dar solución de forma proactiva a la problemática de salud detectada.

Debe tener una **visión comunitaria**, valorando los activos de salud existentes y su aportación, y debe contemplar las **dimensiones** de accesibilidad e idoneidad, modelo de atención, calidad científico-técnica y seguridad, y eficiencia, planteados por la **Gerencia de Atención Primaria**.



Aspectos a tener en cuenta a la hora de elaborar el Plan de Salud Local

- Con el objetivo de **reducir la saturación de las agendas**, se abordará la manera de gestionar la demanda y cómo se plantea la relación entre atención primaria, atención especializada hospitalaria, servicios sociales y la comunidad.
- La **atención continuada** deberá ser uno de los componentes del plan local.
- Es necesario plantear cómo ejercer mayor **proactividad asistencial**.
- Debe favorecer la **implicación de los pacientes** en las decisiones que hacen referencia a su salud y en el autocuidado.
- Se deben proponer nuevas formas de relación y **colaboración entre los servicios sanitarios y aquellas entidades existentes en la comunidad local**, de forma que se pueda establecer una “prescripción en salud” que favorezca el autocuidado, la realización de ejercicio físico, la alimentación y hábitos saludables, el acompañamiento...
- Se deberán adecuar, implementar y potenciar las **competencias** propias de cada estamento profesional: medicina, enfermería, trabajo social y administrativos.
- Se potenciarán las **áreas administrativas** de los centros de salud, para que, en coordinación con el resto del equipo, mejore la gestión del flujo asistencial.
- Contemplará la necesidad de **disminuir la variabilidad en la práctica clínica**.
- Deberá revisar la **cartera de servicios** ofertada a la población de la zona e implementar las medidas necesarias para garantizarla.
- Garantizará la **longitudinalidad de la atención**.
- Garantizará la **equidad** y deberá favorecer la **atención integral de personas dependientes**.



Anexo 2. AGENDAS

El objetivo de la configuración de “agendas-tipo” en un primer momento es mantener la distancia social y evitar contagios. No menos importante a largo plazo, será avanzar hacia un modelo de atención sanitaria con una adecuada gestión de la demanda, en el que se disponga de tiempo necesario para atender y resolver en una sola consulta las necesidades de pacientes con problemas de salud complejos o severos.

Los modelos que se proponen serán susceptibles de modificación en base a aspectos de mejora y adaptación a la realidad de cada zona básica y momento en el que se encuentre la evolución de la pandemia.

- Disminuye el número de pacientes que se atienden de manera presencial. Y aumenta la duración de las consultas no presenciales.
- Se reserva más tiempo de trabajo personal dedicado a la gestión clínica del cupo, prioritario tras este tiempo de trabajo más centrado en pacientes con Covid-19. Este tiempo va a permitir trabajar de manera proactiva, adelantándose a la demanda en muchos casos. Algunos contenidos de este tiempo de trabajo pueden ser:
 - Revisión de historia clínica, planificación de atención, planes de cuidados, plan de intervención.
 - Planificación y preparación de consulta.
 - Revisión de tratamientos farmacológicos.
 - Revisión de órdenes clínicas.
 - Revisión, envío de IT.
- Se mantiene la reunión de UBA, fundamental para una atención coordinada.
- En esta fase no se ha reservado tiempo para reuniones ni sesiones docentes.



1. Agenda medicina de familia, “modelo cebra”.

Alterna consultas presenciales con consultas no presenciales a lo largo de toda la jornada laboral.

Objetivo: evitar que los retrasos provoquen acumulación de personas en la sala de espera.

Distribución de tiempos y tipos de acto:

Propuesta	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Promedio	Tiempo/Acto
CDI/CDII	4	3	4	4	4	3,8	15
CNM	4	4	5	4	4	4,2	15
Colchón	0	0	0	0	0	0,0	10
Consulta Crónicos	1	1	1	1	1	1,0	20
Consulta no presencial	14	12	12	13	14	13,0	10
Domicilio	1	1	1	1	1	1,0	40
Total Asistencial	320	285	315	310	320	310,0	310-330
Organización y Docencia						0	
Trabajo Personal	90	65	95	100	90	88	
Descanso	30	30	30	30	30	30	
Reunión UBA		60				12	
Total Jornada	440	440	440	440	440	440	440

Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes	
8:00	TRABAJO PERSONAL 10	8:00	TRABAJO PERSONAL 10	8:00	TRABAJO PERSONAL 10	8:00	TRABAJO PERSONAL 10	8:00	TRABAJO PERSONAL 10
8:10	CNP 10	8:10	CNP 10	8:10	CNP 10	8:10	CNP 10	8:10	CNP 10
8:20	CNP 10	8:20	CNP 10	8:20	CNP 10	8:20	CNP 10	8:20	CNP 10
8:30	CNM 15	8:30	CNM 15	8:30	CNM 15	8:30	CNM 15	8:30	CNM 15
8:45	CNP 10	8:45	CNP 10	8:45	CNP 10	8:45	CNP 10	8:45	CNP 10
8:55	CNP 10	8:55	CNP 10	8:55	CDI 15	8:55	CDI 15	8:55	CDI 15
9:05	CDI 15	9:05	CDI 15	9:10	CNP 10	9:10	CNP 10	9:10	CNP 10
9:20	CNP 10	9:20	CNP 10	9:20	CNM 15	9:20	CNM 15	9:20	CNM 15
9:30	CNM 15	9:30	CNM 15	9:35	CNP 10	9:35	CNP 10	9:35	CNP 10
9:45	CNP 10	9:45	CNP 10	9:45	CDI 15	9:45	CDI 15	9:45	CDI 15
9:55	CNP 10	9:55	CNP 10	10:00	CNP 10	10:00	CNP 10	10:00	CNP 10
10:05	CDI 15	10:05	CDI 15	10:10	CNM 15	10:10	CNM 15	10:10	CCR 20
10:20	CNP 10	10:20	CNP 10	10:25	CNP 10	10:25	CNP 10	10:30	CNP 10
10:30	CCR 20	10:30	CCR 20	10:35	CNM 15	10:35	CNM 15	10:40	CNP 10
10:50	CNP 10	10:50	CNP 10	10:50	CNP 10	10:50	CNP 10	10:50	CNP 10
11:00	DESCANSO 30	11:00	DESCANSO 30	11:00	DESCANSO 30	11:00	DESCANSO 30	11:00	DESCANSO 30
11:30	CDI 15	11:30	CNM 15	11:30	CCR 20	11:30	CNP 10	11:30	CDI 15
11:45	CNP 10	11:45	CNP 10	11:40	CNP 10	11:40	CDI 15	11:45	CNP 10
11:55	CDI 15	11:55	CDI 15	11:50	CDI 15	11:55	CNP 10	11:55	CNM 15
12:10	CNP 10	12:10	CNP 10	12:05	CNP 10	12:05	CCR 20	12:10	CNP 10
12:20	CNM 15	12:20	CNM 15	12:15	CDI 15	12:25	CNP 10	12:20	CNM 15
12:35	CNP 10	12:35	CNP 10	12:30	CNP 10	12:35	CDI 15	12:35	CNP 10
12:45	CNM 15	12:45	CDOM 40	12:40	CNM 15	12:50	CNP 10	12:45	CDI 15
13:00	CDOM 40	13:25	TRABAJO PERSONAL 35	12:55	CNP 10	13:00	CNP 10	13:00	CDOM 40
13:40	CNP 10	14:00	UBA 60	13:05	CDOM 40	13:10	CDOM 40	13:40	CNP 10
13:50	CNP 10	15:00	TRABAJO PERSONAL 20	13:45	TRABAJO PERSONAL 85	13:50	TRABAJO PERSONAL 90	13:50	CNP 10
14:00	TRABAJO PERSONAL 80	15:20	FIN	15:20	FIN	15:20	FIN	14:00	TRABAJO PERSONAL 80
15:20	FIN							15:20	FIN



2. Agenda medicina de familia, “modelo agrupado”.

Las consultas presenciales y las consultas no presenciales se distribuyen en bloques horarios.

Objetivo: alternar los tiempos de consulta presencial entre profesionales que comparten sala de espera para evitar acumulación de personas en las mismas.

Distribución de tiempos y tipos de acto:

Propuesta	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Promedio	Tiempo/Acto
CDI/CDII	4	3	4	4	4	3,8	15
CNM	4	4	5	4	4	4,2	15
Colchón	0	0	0	0	0	0,0	10
Consulta Crónicos	1	1	1	1	1	1,0	20
Consulta no presencial	14	12	12	13	14	13,0	10
Domicilio	1	1	1	1	1	1,0	40
Total Asistencial	320	285	315	310	320	310,0	310-330
Organización y Docencia						0	
Trabajo Personal	90	65	95	100	90	88	
Descanso	30	30	30	30	30	30	
Reunión UBA		60				12	
Total Jornada	440	440	440	440	440	440	440

Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes		
8:00	TRABAJO PERSONAL	10	8:00	TRABAJO PERSONAL	10	8:00	TRABAJO PERSONAL	10	8:00	TRABAJO PERSONAL	10	8:00	TRABAJO PERSONAL	10
8:10	CNP	10	8:10	CNP	10	8:10	CNP	10	8:10	CNP	10	8:10	CNP	10
8:20	CNP	10	8:20	CNP	10	8:20	CNP	10	8:20	CNP	10	8:20	CNP	10
8:30	CNP	10	8:30	CNP	10	8:30	CNP	10	8:30	CNP	10	8:30	CNP	10
8:40	CNP	10	8:40	CNP	10	8:40	CNP	10	8:40	CNP	10	8:40	CNP	10
8:50	CNP	10	8:50	CNP	10	8:50	CNP	10	8:50	CNP	10	8:50	CNP	10
9:00	CDI	15	9:00	CNM	15	9:00	CDI	15	9:00	CDI	15	9:00	CNM	15
9:15	CNM	15	9:15	CDI	15	9:15	CDI	15	9:15	CDI	15	9:15	CNM	15
9:30	CNM	15	9:30	CNM	15	9:30	CNM	15	9:30	CNM	15	9:30	CDI	15
9:45	CDI	15	9:45	CDI	15	9:45	CNM	15	9:45	CNM	15	9:45	CDI	15
10:00	CNP	10	10:00	CNP	10	10:00	CCR	20	10:00	CNP	10	10:00	CNP	10
10:10	CNP	10	10:10	CNP	10	10:20	CNP	10	10:10	CNP	10	10:10	CNP	10
10:20	CNP	10	10:20	CNP	10	10:30	CNP	10	10:20	CNP	10	10:20	CNP	10
10:30	CNP	10	10:30	CNM	15	10:40	CNP	10	10:30	CNP	10	10:30	CNP	10
10:40	CCR	20	10:45	CNM	15	10:50	CNP	10	10:40	CCR	20	10:40	CNP	10
11:00	DESCANSO	30	11:00	DESCANSO	30	11:00	DESCANSO	30	11:00	DESCANSO	30	10:50	CNP	10
11:30	CDI	15	11:30	CCR	20	11:30	CDI	15	11:30	CNM	15	11:00	DESCANSO	30
11:45	CDI	15	11:50	CNP	10	11:45	CDI	15	11:45	CNM	15	11:30	CDI	15
12:00	CNM	15	12:00	CNP	10	12:00	CNM	15	12:00	CDI	15	11:45	CDI	15
12:15	CNM	15	12:10	CDI	15	12:15	CNM	15	12:15	CDI	15	12:00	CNM	15
12:30	CNP	10	12:25	CNP	10	12:30	CNM	15	12:30	CNP	10	12:15	CNM	15
12:40	CNP	10	12:35	CNP	10	12:45	CNP	10	12:40	CNP	10	12:30	CCR	20
12:50	CNP	10	12:45	CDOM	40	12:55	CNP	10	12:50	CNP	10	12:50	CNP	10
13:00	CDOM	40	13:25	TRABAJO PERSONAL	35	12:55	CNP	10	13:00	CNP	10	13:00	CDOM	40
13:40	CNP	10	14:00	UBA	60	13:10	CDOM	40	13:10	CDOM	40	13:40	CNP	10
13:50	CNP	10	15:00	TRABAJO PERSONAL	20	13:55	TRABAJO PERSONAL	85	13:50	TRABAJO PERSONAL	90	13:50	CNP	10
14:00	TRABAJO PERSONAL	80	15:20	FIN		15:20	FIN		14:00	FIN		14:00	TRABAJO PERSONAL	80
15:20	FIN								15:20	FIN		15:20	FIN	



3. Agenda enfermería, “modelo cebra”.

Alterna consultas presenciales con consultas no presenciales a lo largo de toda la jornada laboral.

Objetivo: evitar que los retrasos provoquen acumulación de personas en la sala de espera.

Distribución de tiempos y tipos de acto:

Propuesta	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Promedio	Tiempo/Acto
CDI/CDII	2	2	2	2	2	2,0	15
CNE	3	3	4	4	4	3,6	15
Colchón	0	0	0	0	0	0,0	10
Consulta Crónicos	0	2	1	2	1	1,2	20
Consulta no presencial	10	10	10	10	9	9,8	10
Domicilio	2	2	2	2	2	2,0	40
Comunes	60		60		60	36,0	1
Total Asistencial	315	295	350	310	340	322,0	310-330
Organización y Docencia						0	
Trabajo Personal	95	55	60	100	70	76	
Descanso	30	30	30	30	30	30	
Reunión UBA		60				12	
Total Jornada	440	440	440	440	440	440	440

Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes		
8:00	COMUNES	60	8:00	TIEMPO PERSONAL	10	8:00	COMUNES	60	8:00	TIEMPO PERSONAL	10	8:00	COMUNES	60
9:00	CNP	10	8:10	CNP	10	9:00	CNP	10	8:10	CNP	10	9:00	CNP	10
9:10	CNP	10	8:20	CNP	10	9:10	CNP	10	8:20	CNP	10	9:10	CNP	10
9:20	CNE	15	8:30	CNE	15	9:20	CNE	15	8:30	CNE	15	9:20	CNE	15
9:35	CNP	10	8:45	CNP	10	9:35	CNP	10	8:45	CNP	10	9:35	CNP	10
9:45	CNE	15	8:55	CNE	15	9:45	CNE	15	8:55	CNE	15	9:45	CNE	15
10:00	CNP	10	9:10	CNP	10	10:00	CNP	10	9:10	CNP	10	10:00	CNP	10
10:10	CDI	15	9:20	CCR	20	10:10	CDI	15	9:20	CCR	20	10:10	CDI	15
10:25	CDOM	40	9:40	CNP	10	10:25	CDOM	40	9:40	CNP	10	10:25	CDOM	40
11:05	DESCANSO	30	9:50	CDI	15	11:05	DESCANSO	30	9:50	CDI	15	11:05	DESCANSO	30
11:35	CNP	10	10:05	CNP	10	11:35	CCR	20	10:05	CNP	10	11:35	CCR	20
11:45	CNP	10	10:15	CNP	10	11:55	CNP	10	10:15	CNP	10	11:55	CNP	10
11:55	CNE	15	10:25	CDOM	40	12:05	CNE	15	10:25	CDOM	40	12:05	CNE	15
12:10	CNP	10	11:05	DESCANSO	30	12:20	CNP	10	11:05	DESCANSO	30	12:20	CNP	10
12:20	CNP	10	11:35	CCR	20	12:30	CNP	10	11:35	CCR	20	12:30	CNP	10
12:30	CDI	15	11:55	CNP	10	12:40	CDI	15	11:55	CNP	10	12:40	CDI	15
12:45	CNP	10	12:05	CNE	15	12:55	CNP	10	12:05	CNE	15	12:55	CNP	10
12:55	CNP	10	12:20	CNP	10	13:05	CNE	15	12:20	CNP	10	13:05	CNE	15
13:05	CDOM	40	12:30	CDI	15	13:20	CNP	10	12:30	CDI	15	13:20	CNP	10
13:45	BAJO PERSONAL	95	12:45	CNP	10	13:30	CNP	10	12:45	CNP	10	13:40	CDOM	40
15:20	FIN		12:55	CDOM	40	13:40	CDOM	40	12:55	CNE	15	14:20	BAJO PERSONAL	70
			13:35	UBA	60	14:20	TRABAJO PERSONAL	60	13:10	CDOM	40	15:20	FIN	
			14:35	TRABAJO PERSONAL	45	15:20	FIN		13:50	BAJO PERSONAL	90			
			15:20	FIN					15:20	FIN				



4. Agenda enfermería, “modelo agendas agrupadas complementarias”.

Agendas donde las citas están distribuidas de manera que cuando un profesional atiende presencialmente el otro realiza atención no presencial.

Objetivo: alternar los tiempos de consulta presencial entre profesionales que comparten sala de espera para evitar acumulación de personas en las mismas.

Distribución de tiempos y tipos de acto:

Propuesta	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Promedio	Tiempo/Acto
CDI/CDII	2	2	2	2	2	2,0	15
CNE	3	3	3	4	4	3,4	15
Colchón	0	0	0	0	0	0,0	10
Consulta Crónicos	2	1	1	1	1	1,2	20
Consulta no presencial	10	10	9	9	10	9,6	10
Domicilio	2	2	2	2	2	2,0	40
Comunes	30	60		60	30	36,0	1
Total Asistencial	325	335	265	340	320	317,0	310-330
Organización y Docencia						0	
Trabajo Personal	85	75	85	70	90	81	
Descanso	30	30	30	30	30	30	
Reunión UBA			60			12	
Total Jornada	440	440	440	440	440	440	440



Agenda agrupada complementaria 1

Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes		
8:00	COMUNES	60	8:00	TRABAJO PERSONAL	15	8:00	COMUNES	60	8:00	TRABAJO PERSONAL	15	8:00	COMUNES	60
9:00	CNP	10	8:15	CCR	20	9:00	CNP	10	8:15	CCR	20	9:00	CNP	10
9:10	CNP	10	8:35	CCR	20	9:10	CNP	10	8:35	CCR	20	9:10	CNP	10
9:20	CNP	10	8:55	CDI	15	9:20	CNP	10	8:55	CDI	15	9:20	CNP	10
9:30	CNP	10	9:10	CDI	15	9:30	CNP	10	9:10	CDI	15	9:30	CNP	10
9:40	CNP	10	9:25	CNE	15	9:40	CNP	10	9:25	CNE	15	9:40	CNP	10
9:50	CNP	10	9:40	CNE	15	9:50	CNP	10	9:40	CNE	15	9:50	CNP	10
10:00	CNP	10	9:55	CNE	15	10:00	CNP	10	9:55	CNE	15	10:00	CNP	10
10:10	CNP	10	10:10	CDOM	40	10:10	CNP	10	10:10	CNE	15	10:10	CNP	10
10:20	CNP	10	10:50	CNP	10	10:20	CNP	10	10:25	CDOM	40	10:20	CNP	10
10:30	CNP	10	11:00	DESC	30	10:30	CNP	10	11:05	DESC	30	10:30	CDOM	40
10:40	PERSONAL	20	11:30	CNP	10	10:40	CCR	20	11:35	CNP	10	11:10	DESC	30
11:00	DESC	30	11:40	CNP	10	11:00	DESC	30	11:45	CNP	10	11:40	CCR	20
11:30	CDOM	40	11:50	CNP	10	11:30	CDOM	40	11:55	CNP	10	12:00	CDI	15
12:10	CDOM	40	12:00	CNP	10	12:10	CDOM	40	12:05	CNP	10	12:15	CDI	15
12:25	CDI	15	12:10	CNP	10	12:50	CDI	15	12:15	CNP	10	12:30	CNE	15
12:40	CDI	15	12:20	CNP	10	13:05	CDI	15	12:25	CNP	10	12:45	CNE	15
12:55	CNE	15	12:30	CNP	10	13:20	CNE	15	12:35	CNP	10	13:00	CNE	15
13:10	CNE	15	12:40	CNP	10	13:35	CNE	15	12:45	CNP	10	13:15	CNE	15
13:25	CNE	15	12:50	CNP	10	13:50	CNE	15	12:55	CNP	10	13:30	CDOM	40
13:40	TRABAJO PERSONAL	75	13:00	CDO	40	14:05	CNE	15	13:05	CNP	10	14:10	TRABAJO PERSONAL	70
15:20	FIN		13:40	REUNION UBA	60	14:20	TRABAJO PERSONAL	60	13:15	CDOM	40	15:20	FIN	
			14:40	TRABAJO PERSONAL	40	15:20	FIN		13:55	BAJO PERSO	85			
			15:20	FIN					15:20	FIN				

Agenda agrupada complementaria 2

Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes		
8:00	TRABAJO PERSONAL	15	8:00	COMUNES	60	8:00	TRABAJO PERSONAL	15	8:00	COMUNES	60	8:00	TRABAJO PERSONAL	15
8:15	CCR	20	9:00	CDOM	40	8:15	CNE	15	9:00	CNP	10	8:15	CCR	20
8:35	CCR	20	9:40	CDOM	40	8:30	CNE	15	9:10	CNP	10	8:35	CNE	15
8:55	CNE	15	10:20	CNP	10	8:45	CNE	15	9:20	CNP	10	8:50	CNE	15
9:10	CNE	15	10:30	CNP	10	9:00	CCR	20	9:30	CNP	10	9:05	CNE	15
9:25	CNE	15	10:40	CNP	10	9:20	CDI	15	9:40	CNP	10	9:20	CNE	15
9:40	CDI	15	10:50	CNP	10	9:35	CDI	15	9:50	CNP	10	9:35	CDI	15
9:55	CDI	15	11:00	DESC	30	9:50	CDOM	40	10:00	CNP	10	9:50	CDI	15
10:10	CDOM	40	11:30	CCR	20	10:30	CDOM	40	10:10	CNP	10	10:05	COMUNES	30
10:50	CDOM	40	11:50	CDI	15	11:10	DESC	30	10:20	CNP	10	10:35	CNP	10
11:30	DESC	30	12:05	CDI	15	11:40	CNP	10	10:30	CCR	20	10:45	CNP	10
12:00	CNP	10	12:20	CNE	15	11:50	CNP	10	10:50	DESC	30	10:55	DESC	30
12:10	CNP	10	12:35	CNE	15	12:00	CNP	10	11:20	CNE	15	11:25	CNP	10
12:20	CNP	10	12:50	CNE	15	12:10	CNP	10	11:35	CNE	15	11:35	CNP	10
12:30	CNP	10	13:05	CNP	10	12:20	CNP	10	11:50	CNE	15	11:45	CNP	10
12:40	CNP	10	13:15	CNP	10	12:30	CNP	10	12:05	CNE	15	11:55	CNP	10
12:50	CNP	10	13:25	CNP	10	12:40	CNP	10	12:20	CDI	15	12:05	CNP	10
13:00	CNP	10	13:35	CNP	10	12:50	CNP	10	12:35	CDI	15	12:15	CNP	10
13:10	CNP	10	13:45	CNP	10	13:00	CNP	10	12:50	CDOM	40	12:25	CNP	10
13:20	CNP	10	13:55	CNP	10	13:10	REUNION UBA	60	13:30	CDOM	40	12:35	CNP	10
13:30	CNP	10	14:05	TRABAJO PERSONAL	75	14:10	TRABAJO PERSONAL	70	14:10	TRABAJO PERSONAL	70	12:45	CDOM	40
13:40	COMUNES	30	15:20	FIN		15:20	FIN		15:20	FIN		13:25	CDOM	40
14:10	TRABAJO PERSONAL	70										14:05	TRABAJO PERSONAL	75
15:20	FIN											15:20	FIN	

5. Agenda trabajo social.

Se propone una agenda tipo en la que todos los actos (fig. 1) tienen una duración de 20 minutos, pudiéndose agrupar o modificar en función de la demanda y necesidades existentes en cada momento, así como de la experiencia y práctica de cada profesional. Deberá además tener en cuenta la organización interna adoptada en cada centro de salud.

Como norma general:

- No se realizarán consultas presenciales a pacientes COVID confirmados y en caso de sospecha será preciso utilizar EPI.
- Las consultas a demanda se gestionarán desde el área administrativa a través de CNP.
- Los actos CDI se utilizarán para pacientes derivados por otros profesionales que a su criterio deben ser atendidas en el día.
- Cuando a criterio de la trabajadora social sea preciso un acto Consulta Social (CSO), será la propia profesional la que se lo autocitará realizando un cambio de acto.

	Duración	Quién cita	Contenido. Observaciones
Cita día CDI	20	Derivación	Atención derivada desde otros profesionales del centro para consultas que pueden surgir en el día.
Consulta no presencial CNP	20	Admisión	Consulta telefónica en sustitución a la consulta presencial cuando ésta no sea posible.
Consulta Social CSO	20	Autocita	Consulta de Trabajo Social. A criterio del profesional y en base a orientaciones: No COVID, perfil y situación social.
Coordinación institucional COOR	20	Autocita	Coordinación con otros servicios y profesionales.
Consulta crónicos CCR	20	Autocita	Seguimiento de pacientes crónicos y con altas necesidades sociales
Intervención comunitaria ICOM	20	Autocita	Acciones con agentes de la comunidad, asociaciones en promoción, prevención y provisión de recursos .Trabajo en red



AGENDA T. SOCIAL	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Promedio	Tiempo/Acto
Cita Dia	3	5	3	3	5	2,8	20
Consulta Social						1,6	20
Consulta Crónicos	1	1		1	1	1,2	20
Consulta no presencial	8	8	7	9	8	7,8	20
Coordinación Institucional	4	2	1	3	2	1,6	20
Intervención Comunitaria			5			1	20
Total Asistencial	320	320	320	320	320	320	310-330
Organización		60		60		24	
Trabajo Personal	30	30	30	30	30	33	
Descanso	30	30	30	30	30	30	
Reunión UBA	60		60		60	36	
Total Jornada	440	440	440	440	440	443	440

AGENDA TIPO TRABAJO SOCIAL														
LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES		
8:00	PERSONAL	30	8:00	PERSONAL	30	8:00	PERSONAL	30	8:00	PERSONAL	30	8:00	PERSONAL	30
8:30	CNP	20	8:30	CNP	20	8:30	CNP	20	8:30	CNP	20	8:30	CNP	20
8:50	CNP	20	8:50	CNP	20	8:50	CNP	20	8:50	CNP	20	8:50	CNP	20
9:10	CNP	20	9:10	CNP	20	9:10	CNP	20	9:10	CNP	20	9:10	CNP	20
9:30	CDI	20	9:30	CDI	20	9:30	CDI	20	9:30	CDI	20	9:30	CDI	20
9:50	COOR	20	9:50	CNP	20	9:50	CNP	20	9:50	CNP	20	9:50	CNP	20
10:10	COOR	20	10:10	CNP	20	10:10	CNP	20	10:10	COOR	20	10:10	CNP	20
10:30	CNP	20	10:30	CDI	20	10:30	CDI	20	10:30	CNP	20	10:30	CDI	20
10:50	CNP	20	10:50	COOR	20	10:50	COOR	20	10:50	CNP	20	10:50	COOR	20
11:10	DESCANSO	30	11:10	DESCANSO	30	11:10	DESCANSO	30	11:10	DESCANSO	30	11:10	DESCANSO	30
11:40	CNP	20	11:40	CNP	20	11:40	CNP	20	11:40	CNP	20	11:40	CNP	20
12:00	CDI	20	12:00	CDI	20	12:00	CDI	20	12:00	CDI	20	12:00	CDI	20
12:20	COOR	20	12:20	CNP	20	12:20	ICOM	20	12:20	COOR	20	12:20	CNP	20
12:40	COOR	20	12:40	CDI	20	12:40	ICOM	20	12:40	COOR	20	12:40	CDI	20
13:00	CDI	20	13:00	COOR	20	13:00	ICOM	20	13:00	CDI	20	13:00	COOR	20
13:20	CNP	20	13:20	CDI	20	13:20	ICOM	20	13:20	CNP	20	13:20	CDI	20
13:40	CCR	20	13:40	CCR	20	13:40	ICOM	20	13:40	CCR	20	13:40	CCR	20
14:00	UBA	60	14:00	ORG	60	14:00	UBA	60	14:00	UBA	60	14:00	UBA	60
15:00	CNP	20	15:00	CNP	20	15:00	CNP	20	15:00	CNP	20	15:00	CNP	20
15:20	FIN		15:20	FIN		15:20	FIN		15:20	FIN		15:20	FIN	



6. Agenda pediatría.

Alterna las consultas presenciales con las no presenciales a lo largo de toda la jornada laboral.

Permite separación horaria de circuito limpio y circuito infeccioso.

Objetivo: evitar que los retrasos provoquen acumulación de personas en sala de espera y dar tiempo para limpiar la consulta en caso necesario.

Distribución de tiempos y tipos de acto:

Pediatra	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Promedio	Tiempo/Acto
CNM	6	6	6	6	6	6	15
ESALUD	2	3	3	3	2	2,6	20
CNP	17	13	13	13	17	14,6	10
CCR	0	1	1	1	0	0,6	20
Total Asistencial	300	300	300	300	300	300	300-330
Organización y Docencia			60	60		24	
Trabajo Personal	110	50	50	50	110	74	
Descanso	30	30	30	30	30	30	
Reunión UBA		60				12	
Total no asistencial	440	440	440	440	440	440	440

PROPUESTA AGENDA PEDIATRA														
LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES		
8:00	PERSONAL	15	8:00	PERSONAL	15	8:00	PERSONAL	15	8:00	PERSONAL	15	8:00	PERSONAL	15
8:15	CNP	10	8:15	CNP	10	8:15	CNP	10	8:15	CNP	10	8:15	CNP	10
8:25	CNP	10	8:25	ESALU	20	8:25	ESALU	20	8:25	CNP	10	8:25	CNP	10
8:35	CNP	10	8:45	CNP	10	8:45	CNP	10	8:35	CNP	10	8:35	CNP	10
8:45	CNP	10	8:55	CNP	10	8:55	CNP	10	8:45	CNP	10	8:45	CNP	10
8:55	CNP	10	9:05	ESALU	20	9:05	ESALU	20	8:55	CCR	20	8:55	CNP	10
9:05	CNP	10	9:25	CNP	10	9:25	CNP	10	9:15	CNP	10	9:05	ESALU	20
9:15	CNP	10	9:35	CNP	10	9:35	CNP	10	9:25	CNP	10	9:25	CNP	10
9:25	ESALU	20	9:45	ESALU	20	9:45	ESALU	20	9:35	ESALU	20	9:35	CNP	10
9:45	CNP	10	10:05	CNP	10	10:05	CNP	10	9:55	CNP	10	9:45	ESALU	20
9:55	CNP	10	10:15	CCR	20	10:15	CCR	20	10:05	ESALU	20	10:05	CNP	10
10:05	ESALU	20	10:35	CNP	10	10:35	CNP	10	10:25	CNP	10	10:15	CNP	10
10:25	CNP	10	10:45	CNM	15	10:45	CNM	15	10:35	ESALU	20	10:25	CNP	10
10:35	CNP	10	11:00	DESCANSO	30	11:00	DESCANSO	30	10:55	PERSONAL	5	10:35	CNP	10
10:30	CNM	15	11:30	CNP	10	11:30	CNP	10	11:00	DESCANSO	30	10:45	CNM	15
10:45	CNP	10	11:40	CNM	15	11:40	CNM	15	11:30	CNM	15	11:00	DESCANSO	30
10:55	CNP	10	11:55	CNP	10	11:55	CNP	10	11:45	CNP	10	11:30	CNP	10
11:05	DESCANSO	30	12:05	CNM	15	12:05	CNM	15	11:55	CNM	15	11:40	CNM	15
11:35	CNM	15	12:20	CNP	10	12:20	CNP	10	12:10	CNP	10	11:55	CNP	10
11:50	CNP	10	12:30	CNM	15	12:30	CNM	15	12:20	CNM	15	12:05	CNM	15
12:00	CNM	15	12:45	CNP	10	12:45	CNP	10	12:35	CNP	10	12:20	CNP	10
12:15	CNP	10	12:55	CNM	15	12:55	CNM	15	12:45	CNM	15	12:30	CNM	15
12:25	CNM	15	13:10	CNP	10	13:10	CNP	10	13:00	CNP	10	12:45	CNP	10
12:40	CNP	10	13:20	CNM	15	13:20	CNM	15	13:10	CNM	15	12:55	CNM	15
12:55	CNM	15	13:35	CNP	10	13:35	CNP	10	13:25	CNP	10	13:10	CNP	10
13:10	CNP	10	13:45	PERSONAL	15	13:45	PERSONAL	15	13:35	CNM	15	13:20	CNM	15
13:20	CNM	15	14:00	UBA	60	14:00	REUNIÓN	60	13:50	PERSONAL	10	13:35	CNP	10
13:30	PERSONAL	95	15:00	PERSONAL	20	15:00	PERSONAL	20	14:00	DOCENCIA	60	13:45	PERSONAL	95
15:20	FIN	440	15:20	FIN	440	15:00	FIN	440	15:00	PERSONAL	20	15:20	FIN	440
									15:00	FIN	440			



7. Agenda enfermera de pediatría.

Alternar las consultas presenciales con las no presenciales a lo largo de toda la jornada laboral.

Permite separación horaria de circuito limpio y circuito infeccioso.

Objetivo: evitar que los retrasos provoquen acumulación de personas en sala de espera y dar tiempo para limpiar la consulta en caso necesario.

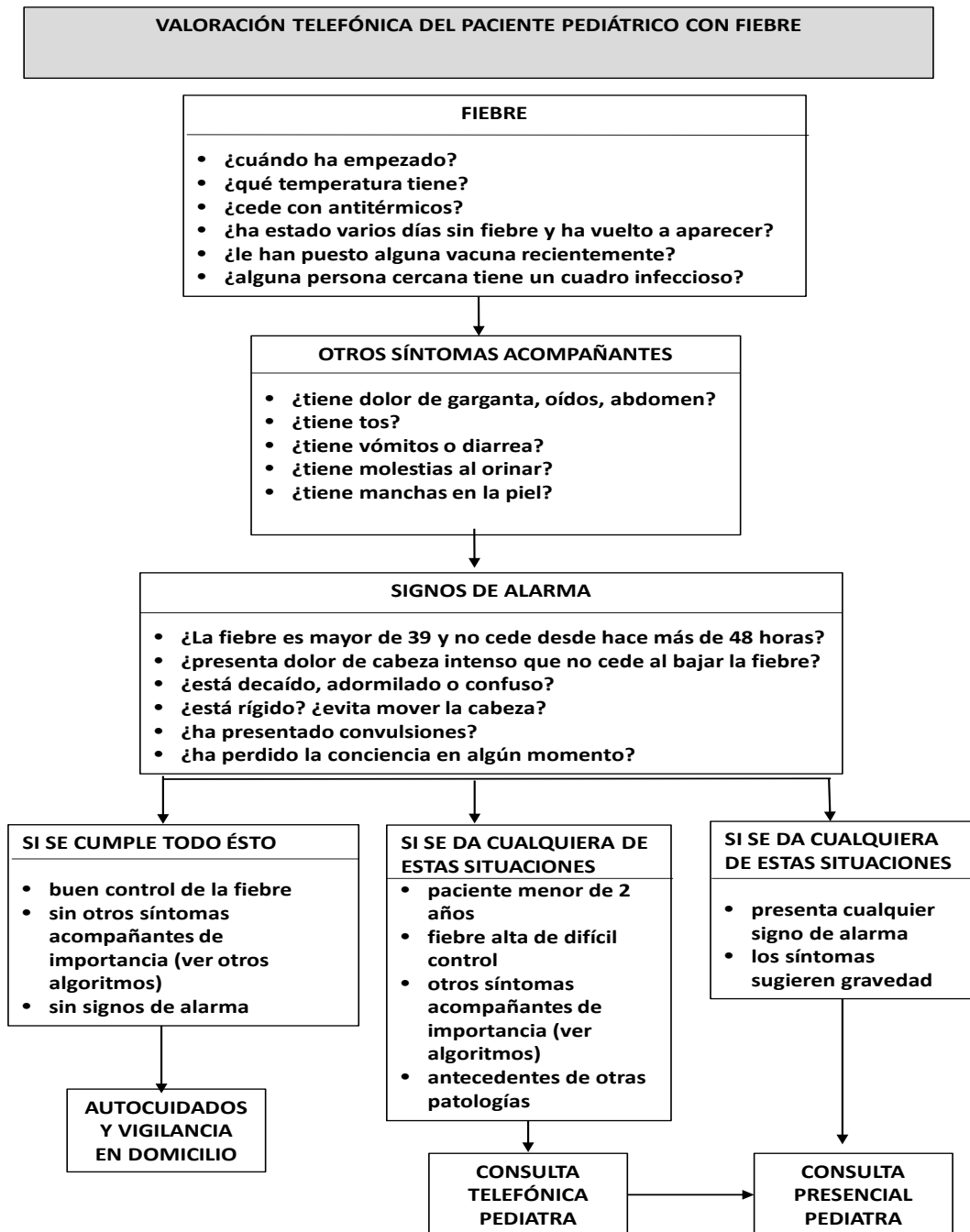
Distribución de tiempos y tipos de acto:

Enfermera	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Promedio	Tiempo/Acto
CNE	5	6	4	4	5	4,6	15
ESALU	2	3	3	3	3	2,8	20
CNP	11	13	10	10	12	10,8	10
CCR/LM	1	1	1	1	2	1,2	20
VDRN			1			0,2	60
Trabajo en POOL	1			1		0,4	60
Total Asistencial	305	300	300	300	295	300	300-330
Organización y Docencia			60	60		24	
Trabajo Personal	105	50	50	50	115	74	
Descanso	30	30	30	30	30	30	
Reunión UBA		60				12	
Total Jornada	440	440	440	440	440	440	440

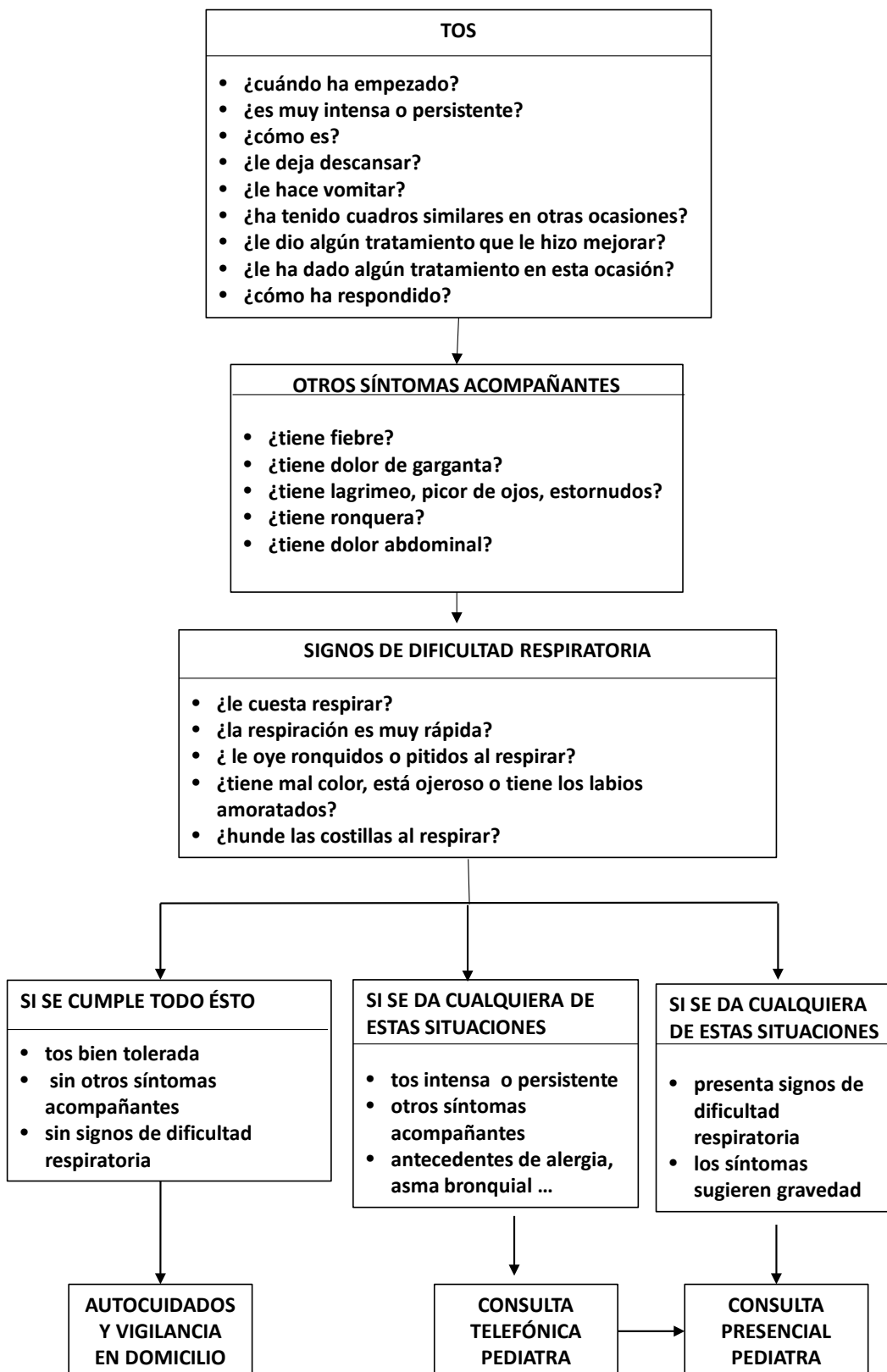
PROPUESTA AGENDA ENFERMERA PEDIATRIA									
LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES	
8:00	ANALITICA 60	8:00	PERSONAL 10	8:00	PERSONAL 10	8:00	ANALITICA 60	8:00	PERSONAL 10
9:00	PERSONAL 10	8:10	ESALU 20	8:10	ESALU 20	9:00	PERSONAL 10	8:10	ESALUD 20
9:10	ESALU 20	8:30	CNP 10	8:30	CNP 10	9:10	ESALU 20	8:30	CNP 10
9:30	CNP 10	8:40	CNP 10	8:40	CNP 10	9:30	CNP 10	8:40	CNP 10
9:40	CNP 10	8:50	ESALU 20	8:50	ESALU 20	9:40	CNP 10	8:50	ESALU 20
9:50	ESALU 20	9:10	CNP 10	9:10	CNP 10	9:50	ESALU 20	9:10	CNP 10
10:10	CNP 10	9:20	CNP 10	9:20	CNP 10	10:10	CNP 10	9:20	CNP 10
10:20	CNP 10	9:30	ESALU 20	9:30	ESALU 20	10:20	ESALU 20	9:30	ESALU 20
10:30	CCR 20	9:50	CNP 10	9:50	CNP 10	10:40	CNP 10	9:50	CNP 10
10:50	CNP 10	10:00	CNP 10	10:00	VDRN 60	10:50	CNP 10	10:00	CNP 10
11:00	DESCANSO 30	10:10	CCR 20	11:00	DESCANSO 30	11:00	DESCANSO 30	10:10	CCR 20
11:30	CNP 10	10:30	CNP 10	11:30	CCR 20	11:30	CCR 20	10:30	CNP 10
11:40	CNE 15	10:40	CNP 10	11:50	CNP 10	11:50	CNP 10	10:40	CCR 20
11:55	CNP 10	10:50	PERSONAL 10	12:00	CNE 15	12:00	CNE 15	11:00	DESCANSO 30
12:05	CNE 15	11:00	DESCANSO 30	12:15	CNP 10	12:15	CNP 10	11:30	CNE 15
12:20	CNP 10	11:30	CNE 15	12:25	CNE 15	12:25	CNE 15	11:45	CNP 10
12:30	CNE 15	11:45	CNP 10	12:40	CNP 10	12:40	CNP 10	11:55	CNE 15
12:45	CNP 10	11:55	CNE 15	12:50	CNE 15	12:50	CNE 15	12:10	CNP 10
12:55	CNE 15	12:10	CNP 10	13:05	CNP 10	13:05	CNP 10	12:20	CNE 15
13:10	CNP 10	12:20	CNE 15	13:15	CNE 15	13:15	CNE 15	12:35	CNP 10
13:20	CNE 15	12:35	CNP 10	13:30	CNP 10	13:30	CNP 10	12:45	CNE 15
13:35	CNP 10	12:45	CNE 15	13:40	PERSONAL 20	13:40	PERSONAL 20	13:00	CNP 10
13:45	PERSONAL 95	13:00	CNP 10	14:00	REUNION 60	14:00	DOCENCIA 60	13:10	CNE 15
15:20	FIN 440	13:10	CNE 15	15:00	PERSONAL 20	15:00	PERSONAL 20	13:25	CNP 10
		13:25	CNP 10	15:20	FIN 440	15:20	FIN 440	13:35	PERSONAL 105
		13:35	CNE 15					15:20	FIN 440
		13:50	PERSONAL 10						
		14:00	UBA 60						
		15:00	PERSONAL 20						
		15:20	FIN 440						

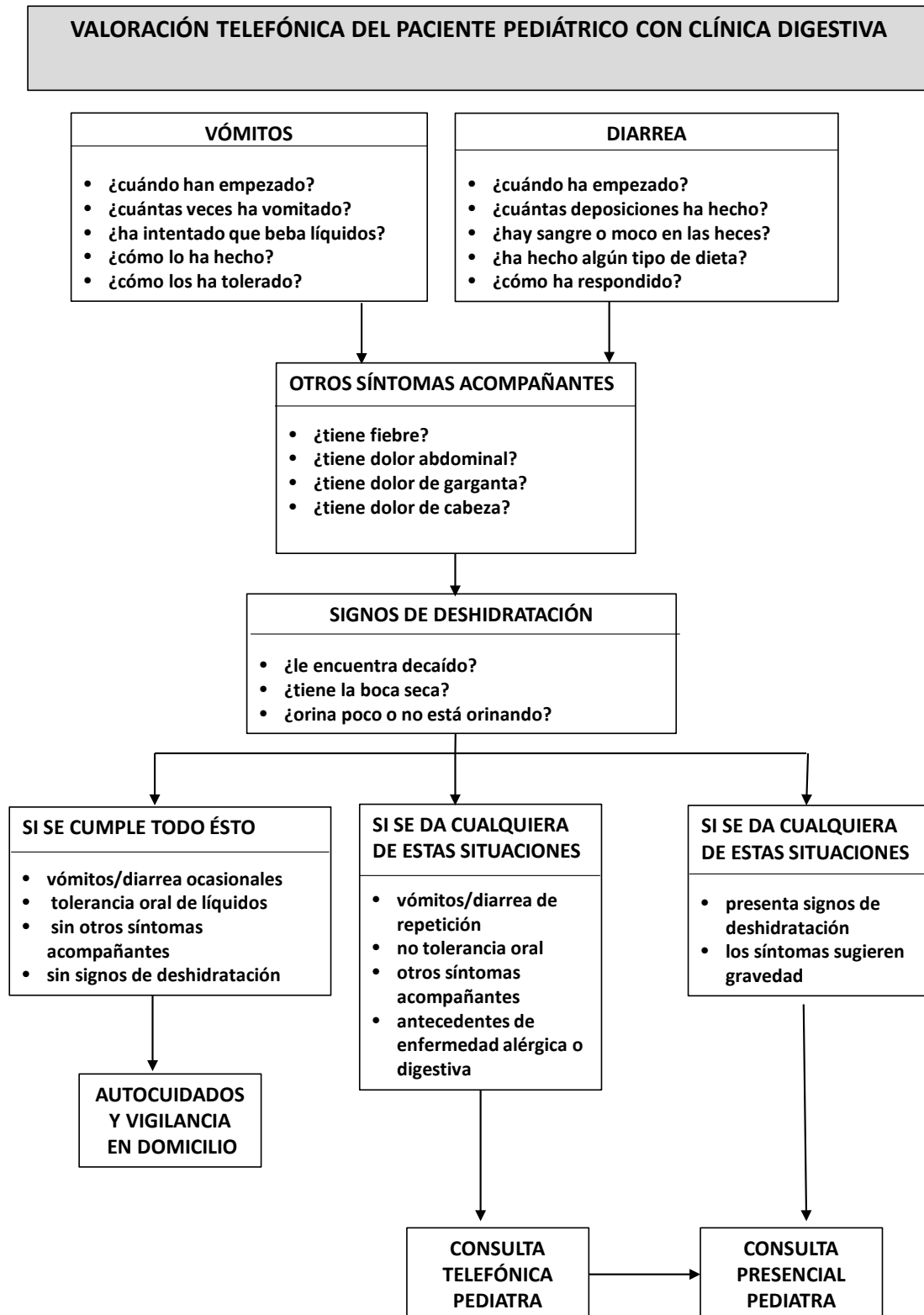


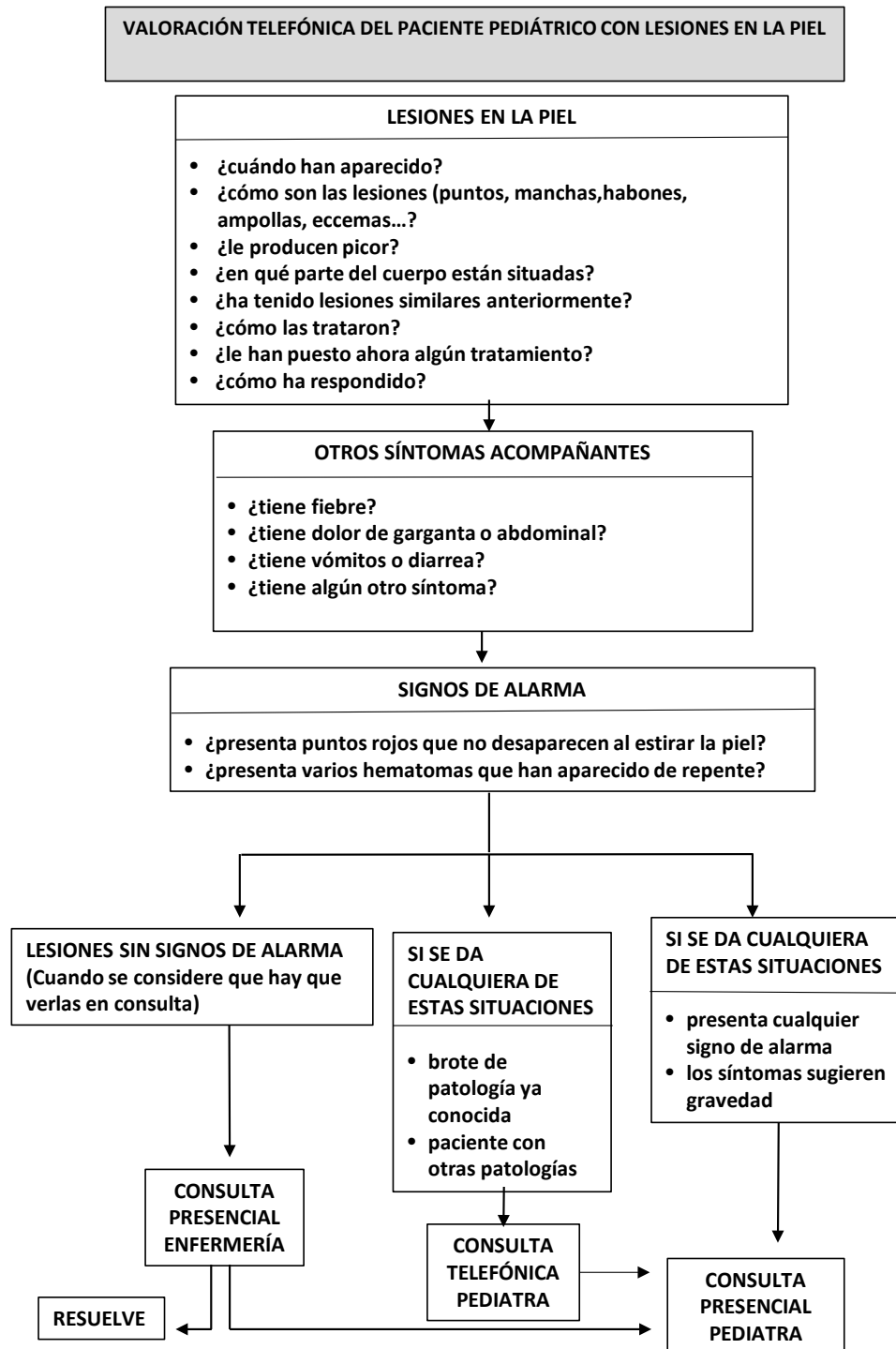
Anexo 3. ÁRBOLES DE DECISIÓN PARA CITACIÓN EN PEDIATRÍA



VALORACIÓN TELEFÓNICA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON CLÍNICA RESPIRATORIA









Anexo 4. ACTIVIDAD FÍSICA

La inactividad es un elemento nuclear en el desarrollo de la fragilidad: condiciona el estado cardiovascular, la resistencia insulínica y el deterioro musculoesquelético (sarcopenia). Se relaciona con el aumento del riesgo de caídas y contribuye al deterioro cognitivo y emocional.

De ahí la importancia de fomentar la actividad física adaptada a la situación del paciente, que va a permitir retrasar e incluso revertir la fragilidad y la discapacidad, mejorar el estado cognitivo e incrementar el bienestar emocional.

En general se recomiendan programas multicomponente adaptados, que combinen ejercicios de resistencia, fuerza y flexibilidad.

Existen recursos específicos diseñados para **población mayor**:

- Programa Vivifrail (disponible app): <http://vivifrail.com/es/inicio/>
- Ejercicios del ISPLN:
https://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Planes+estrategicos/Promocion+de+la+Salud/SemanaEuropeaDeporte.htm
- Ejercicios para mayores en la página Salud Navarra:
https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Me+cuido/Etapas+de+la+vida/Tercera+edad/Ejerciciosmayores/

Además, el Servicio de Rehabilitación del Complejo Hospitalario de Navarra ha editado varios videos de ejercicios para **pacientes COVID-19** en los que en una profesional del servicio dirige una sesión de ejercicios completa, de 20 minutos de duración:

- Ejercicios de rehabilitación para pacientes encamados.
https://www.youtube.com/watch?v=37xBZwfgC_0
- Ejercicios de rehabilitación para pacientes sentados.
https://www.youtube.com/watch?v=As62_amYdQM
- Ejercicios de rehabilitación para pacientes que caminan.
<https://www.youtube.com/watch?v=ZxMNnCjYzro>

Anexo 5. SITUACIÓN NUTRICIONAL

La desnutrición constituye un importante problema sanitario que se relaciona con un aumento de morbilidad y mortalidad en las personas que la padecen.

Factores como la soledad o una red de apoyo social deficiente se han relacionado con el riesgo de desnutrición y la situación de confinamiento originada por la pandemia del COVID-19 ha ocasionado un importante deterioro en las relaciones sociales de muchas personas mayores, especialmente de aquellas que viven solas.

En el escenario actual es necesaria una **detección precoz de la desnutrición** y un plan de **intervención** individualizado acorde con la situación detectada.

La estrategia para llevarlo a cabo se recoge en el documento “Estrategia para el abordaje de la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE), en el SNS-Osasunbidea”:

<http://intranet.gccorporativa.admon-cfnavarra.es/SbASI/SEySA/DocumentacionSEySA/IntegracionAsistencial/ESTRATEGIA%20DRE%20012019.pdf>

1º. Cribado: test MNA, preguntas A-F.





2º. Diagnóstico.

Si la puntuación indica Desnutrición o Riesgo de Desnutrición se prosigue con las **preguntas G-R.**

En personas con puntuaciones finales de Riesgo de Desnutrición o ya de Desnutrición se realiza **despistaje de disfagia** mediante la **escala EAT-10.**

3º. Plan de intervención.

Con los datos recogidos y el resultado de la valoración nutricional se selecciona la dieta oral adecuada y se establece el Plan Nutricional para el paciente.

MNA	EVALUACIÓN DIETÉTICA			
	J. Comidas Completas < 2	K. Ingesta Proteica < 1	L. Frutas y Verduras < 1	M. Agua - Líquidos < 1
A. Anorexia y/o ↓ Ingesta < 2 B. Pérdida peso < 3 F. IMC < 3	DIETA BASAL DRE + ENRIQUECIMIENTO CALÓRICO	DIETA BASAL DRE + ENRIQUECIMIENTO PROTEICO Y CALÓRICO	Consejo Dietético Específico DIETA BASAL DRE + Recomendaciones generales estreñimiento, plenitud, ejercicio, tabaco	
I. UPP < 1 Q. Circunferencia braquial < 1 R. Circunferencia Pierna < 1	DIETA BASAL DRE + ENRIQUECIMIENTO PROTEICO			
DISFAGIA	¿A qué textura presenta DIFICULTAD para DEGLUCIÓN? LÍQUIDOS: ESPESANTES. TEXTURAS HOMOGÉNEAS SÓLIDOS: FÁCIL MASTICACIÓN / TRITURADA			

4º. Elección de la dieta oral adecuada.

Disponible en AUZOLAN el “Manual de recomendaciones nutricionales” de la SEEN (Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición).

Capítulo 24: Recomendaciones dietéticas para pacientes con DRE.

Capítulo 24-01: Recomendaciones dieta alta DRE-COVID19

<https://gcsalud.admon->

[cfnavarra.es/Salud03/CHN/Informacion/SeccionNutricionCHN/ManualRecomendacionesNutricionales/Recomendaciones%20dieta%20alta%20DRE-COVID19.pdf](https://gcsalud.admon-cfnavarra.es/Salud03/CHN/Informacion/SeccionNutricionCHN/ManualRecomendacionesNutricionales/Recomendaciones%20dieta%20alta%20DRE-COVID19.pdf)

Anexo 6. ESTRUCTURA Y CIRCUITO COVID

