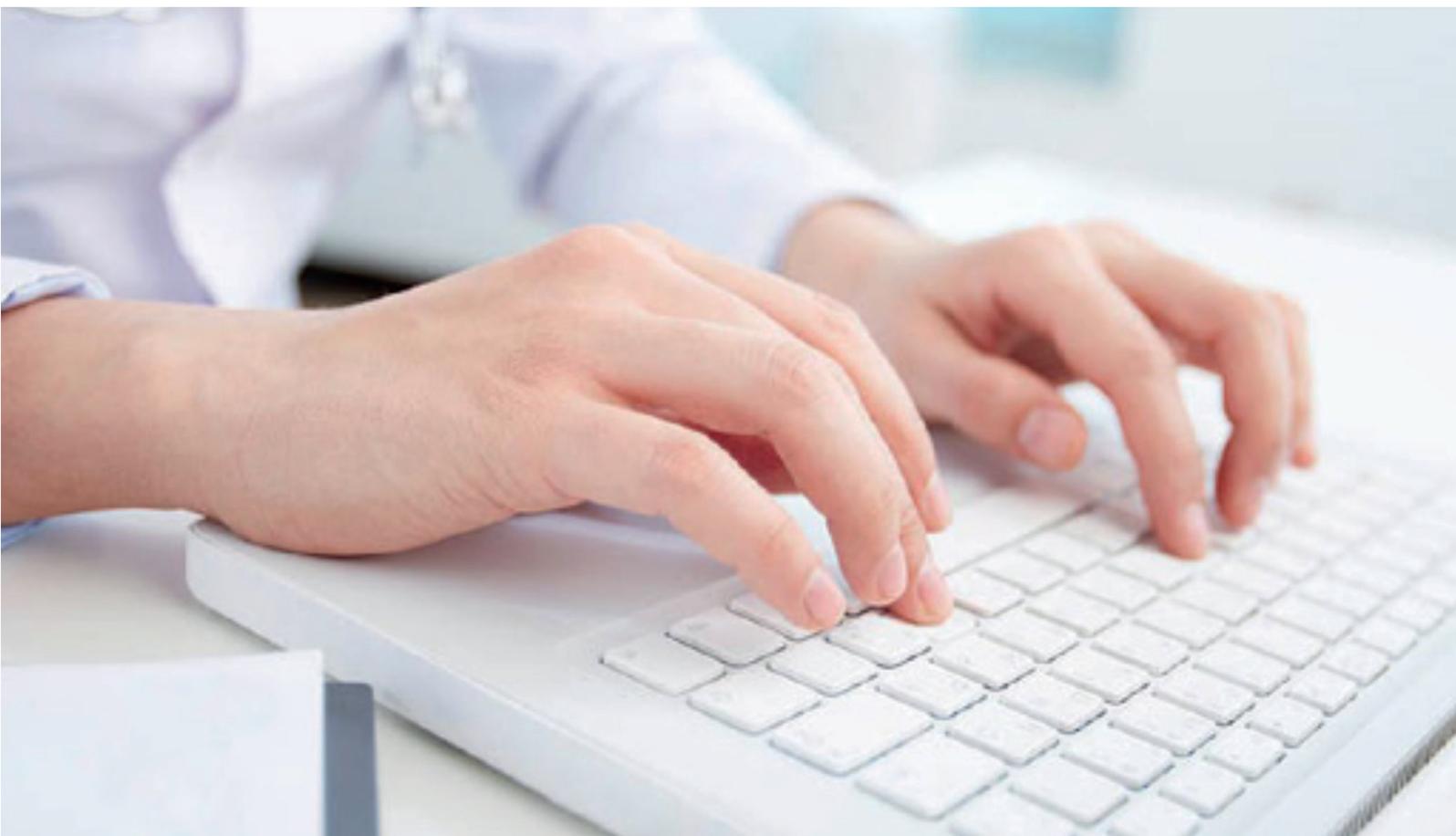


INFORME

ATENCIÓN PRIMARIA

(ADULTOS)

30 de Mayo de 2020





ATENCIÓN PRIMARIA

(ADULTOS)

Fecha: 30 de mayo

Equipo de trabajo: Atención primaria - Grupo: Adultos

Invitados: Braida Julio; Cristoforone Natalia; Delfino Agustina, Musetti Gustavo, Rodriguez Yanira.

Integrantes: Skapino E, Sosa A, Vignolo J, Niz C, Tomasina F, Ormaechea G

Coordinador de equipo: Ormaechea Gabriela

1) Temas urgentes y prioritarios (COVID Y NO COVID)

- a) Adecuación de la asistencia en vistas al aumento de infecciones respiratorias invernales.
- b) Asistencia de casos sospechosos y confirmados de COVID-19.
- c) Mejora de la accesibilidad de los usuarios para resolver la demanda de la patología crónica y aguda en el primer nivel de atención (merecen especial consideración los problemas de salud postergados, los efectos de la crisis socioeconómica y los problemas de salud mental).
- d) Generación de procesos de tránsito en el sistema de salud, con asistencia oportuna, adecuada y continua, ante la necesidad de interconsultas y/o resolución en distintos niveles de atención.

2) Contexto y experiencia nacional e internacional

La pandemia de COVID-19 representa una de las crisis más importantes de los últimos años, con gran repercusión desde el punto de vista sanitario, social y económico. Con el fin de frenar su expansión y evitar el colapso de los sistemas de salud, los países han adoptado medidas centradas en reforzar la respuesta en el ámbito sanitario.

Dentro de las primeras medidas tomadas en los diferentes países que enfrentaron esta pandemia se encuentran la reducción de las consultas presenciales y la sustitución de las



mismas por nuevas modalidades de atención como la telefónica o mediante videoconferencia. Otras medidas adoptadas fueron desde poner el énfasis en la asistencia ambulatoria, con atención y resolución en el ámbito comunitario y domiciliario, hasta fortalecer el ámbito hospitalario (puertas de emergencia, salas de internación y centros de terapia intensiva).

En algunos países, éstas últimas han requerido redistribución de los recursos humanos desde el Primer Nivel de Atención (PNA) con su consiguiente debilitamiento. Se ha buscado reducir las tasas de contagio, apelando a la contención de la movilidad de las personas y al establecimiento de distanciamiento físico sostenido. Uruguay tomó medidas similares con reducción o suspensión de consultas presenciales a nivel de centros hospitalarios y también en los centros y policlínicas del PNA ¹

En relación a la organización del sistema de salud y a las medidas adoptadas para mitigar el impacto de la pandemia, los distintos prestadores no adoptaron medidas comunes; por el contrario, se ha podido visualizar una gran variabilidad y disparidad en las acciones y en la organización. Es de destacar que dentro de un mismo prestador hubo diferencias significativas entre las distintas regiones. Inicialmente hubo un cierre de más del 70% de las policlínicas de ASSE de la Red de Atención Primaria (RAP) Metropolitana y de Canelones con redistribución de los trabajadores a los centros de salud. Actualmente se está en un proceso de reapertura progresiva. Por otra parte, hay departamentos al norte del Río Negro donde las policlínicas del PNA aún permanecen cerradas en su totalidad. En los prestadores privados también se visualiza una importante variabilidad de respuesta, en muchos se han mantenido los servicios con mayor o menor actividad, con reducción en el horario, con asistencia basada en la telemedicina y estimulando a la no concurrencia a los servicios de atención médica.

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) según la ley 18 211 está basado en la atención primaria, haciendo énfasis en el desarrollo del PNA. Esto implica transitar de un modelo de atención a la salud fragmentado, centralizado y hospitalocéntrico, a otro que prioriza el PNA en articulación con los otros niveles, con un enfoque preventivo y de promoción de la salud y orientando sus acciones en los espacios familiares y comunitarios.² No obstante, a más de diez años de la reforma, el desarrollo del PNA es irregular y deficitario, con gran asimetría entre Montevideo y el resto del país y entre el mayor prestador público, ASSE y los demás



prestadores del SNIS.

El PNA constituye la puerta de entrada al sistema de salud por su proximidad con las personas. Sus acciones están destinadas a toda la población independientemente de la edad, género o condición de salud.

El PNA presenta características propias o atributos que lo definen como el nivel más adecuado y estratégico para contener la pandemia y le asignan un rol clave en la coordinación de la desescalada a la “nueva normalidad”³.

Estos atributos son:

- **Accesibilidad:** El PNA ofrece a los usuarios un acceso oportuno y seguro al sistema sanitario. Esto contribuye significativamente a una de las premisas para el control de la pandemia COVID-19, ofrecer atención adecuada, evitando desplazamientos innecesarios y exposiciones a personas con riesgo de estar infectadas lo cual protege a pacientes y a profesionales de la salud.

Además de la mayor accesibilidad para la atención presencial, se debe mencionar la posibilidad del uso de otras herramientas como la video consulta o la llamada telefónica, sostenida con el acceso sincrónico a la historia clínica electrónica (HCE). Este recurso permite a los usuarios mantener el vínculo con el centro y sus profesionales referentes.

En el caso de pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19 permite un seguimiento muy próximo, facilitando la monitorización de la situación clínica y derivación oportuna en caso de requerirlo.

No es menos importante la orientación en los cuidados a la familia, en el entorno laboral y en la comunidad, donde es clave la detección de los posibles contactos y la aplicación de medidas para evitar la propagación.

- **Longitudinalidad:** Entendida como la atención a la persona a lo largo del tiempo. Existen estudios sobre los beneficios de mantener esta atención a lo largo de la vida de las personas



generando un mejor uso de los servicios, mejor relación paciente-equipo de salud, mejor adherencia a los tratamientos, menos hospitalizaciones, menores costos y menor mortalidad. Mantener la longitudinalidad evita tanto intervenciones innecesarias como ausencias de cuidado^{4,5}.

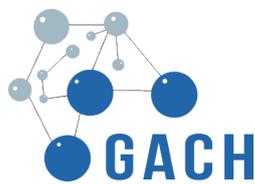
El conocimiento cercano de la población que se asiste puede contener y evitar descompensaciones de enfermedades no COVID. Mantener la continuidad de la asistencia como se mencionó en informe previo, es esencial tener controladas las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) puede hacer la diferencia en el pronóstico de los pacientes con o sin COVID-19.

Los equipos del PNA tienen un conocimiento más acabado de la realidad de su población, conocen la situación social, económica, laboral y familiar de las personas, aspectos que se sabe en esta pandemia, han determinado severas consecuencias por ejemplo a nivel psicológico.

- **Integralidad:** En el PNA se presta atención integral, considerando todos los aspectos de la persona, con enfoque familiar y comunitario, a diferencia de los dispositivos centralizados donde la atención es fragmentada y episódica. Se abordan necesidades no sólo en lo que respecta a la pandemia por COVID-19, sino también a la multiplicidad de problemas de salud o enfermedades prevalentes que continúan durante la emergencia sanitaria y que incluso se pueden agravar.

- **Continuidad o Coordinación:** El rol del PNA es clave en la coordinación de la asistencia con los diferentes niveles de atención sanitaria y los diferentes profesionales.

Los equipos del PNA abordan y se hacen cargo de los problemas de salud que presenta la población de referencia o asignada, resolviendo más del 80% de los mismos y acompañando el proceso asistencial del 20 % restante que va a requerir la intervención de otros especialistas, de otros niveles de atención, siendo fundamental la coordinación oportuna. Es competencia de los equipos del PNA el acompañamiento de las personas asumiendo el rol de referentes sanitarios para los pacientes y sus familias en todo momento^{6,7}. Estos profesionales son excelentes articuladores de la asistencia, atributo fundamental en tiempos de pandemia.



Esto no es distinto para el manejo de los pacientes con COVID-19, ya que más del 80% de los pacientes que presentan dicha infección son casos de manejo ambulatorio.

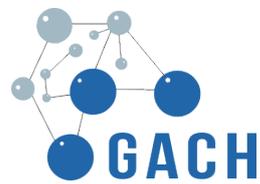
Según el informe epidemiológico del 19/05/20 se habían contabilizado en Uruguay 738 infectados, de los cuales 637 (86,4%) sólo requirieron manejo ambulatorio, mientras que 101 (13,6%) de ellos, requirió algún tipo de internación. En contexto de pandemia, además de las tareas habituales ya expuestas, no menos importante, es la gestión de las acciones en el ámbito comunitario, destinadas a contener la misma. El grado de resolutivez de los equipos está supeditado a la dotación de recursos humanos y materiales, así como a su integración a las redes locales.

A la hora de planificar la contención de la pandemia y de la post pandemia (la desescalada hacia la nueva normalidad), es imprescindible considerar la capacidad de respuesta del PNA. La paulatina vuelta a la normalidad tiene que tener en cuenta las características de las infraestructuras disponibles y los recursos humanos en cada prestador para planificar la incorporación de nuevos recursos profesionales y tecnológicos.

Los servicios de telemedicina se han desarrollado de diversas maneras y han demostrado ser una potente herramienta, tanto a nivel nacional como internacional para mitigar la propagación de la infección por COVID19 ^{8,9}.

Estos modelos de asistencia a distancia, han demostrado ser de gran utilidad en momentos de pandemia, permiten una primera aproximación al problema del paciente y valoran la pertinencia de completar la asistencia en forma presencial ya sea en domicilio o en el centro de salud.

Uruguay tiene un gran desarrollo previo en la historia clínica electrónica (HCE) abarcando a todos los prestadores¹⁰. Si bien con asimetrías, según diferentes centros asistenciales, tiene un muy buen escenario en este sentido. La obligatoriedad de contar con HCE en todos los prestadores y la buena conectividad existente en el país, con grandes avances en interoperabilidad entre sistemas, permite la asistencia a distancia. Sin embargo, hay una brecha en la implementación de la telemedicina entre prestadores públicos y privados en su disponibilidad y uso.



El médico de familia y comunitario desarrolla su trabajo en territorios establecidos y conforma equipos de atención realizando tareas no solo asistenciales, así como actividades con las instituciones de la zona conformando las redes intersectoriales e interinstitucionales de abordaje de las distintas temáticas que se establecen (MIDES, Municipios, instituciones educativas, ONG, etc.).

Esto le permite no sólo conocer a la población que asiste, sino que además es participe y articulador del abordaje de los problemas prioritarios a nivel comunitario.

Existen trabajos que promueven un cambio de abordaje en el contexto de la pandemia, de una atención centrada en la persona a una centrada en la comunidad.¹¹ Esto significa un cambio en la perspectiva de atención aplicando nociones de epidemiología comunitaria, permitiendo abordajes adecuados a cada contexto en que se dan los posibles casos de infección y el núcleo familiar y comunitario del mismo.

La importancia del primer nivel es indiscutible en su función de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de toda la población incluyendo a los adultos mayores. Estos constituyen el 14 % de la población de acuerdo al último Censo de Población de 2011 ¹⁵

Población de adultos mayores en la cual lo que predomina es la heterogeneidad y donde lo único que homogeniza al grupo es la edad. Este sector de la población tiene importantes asimetrías demográficas, sanitarias y culturales.

Los fenómenos fisiológicos del envejecimiento normal producen modificaciones que dificultan la adaptación a los cambios.

A esto se suma la presencia de múltiples patologías, la presencia de síndromes geriátricos como la sarcopenia, la inmovilidad y el deterioro cognitivo entre otros.

De ahí la fragilidad y vulnerabilidad de los adultos mayores. Para aumentar las diferencias hay que sumar los distintos niveles de alfabetización, de ingresos económicos y de integración familiar.

Por lo antes mencionado es en geriatría donde la evidencia se debilita y adquiere más valor la medicina basada en la persona. ^{16.17}

Las barreras culturales impiden que un gran número de ancianos no tenga acceso a las plataformas de telecomunicación y donde a veces ni teléfono tienen. Hay también que pensar en los que no consultan por miedo o porque no saben cómo hacer para llegar al prestador. Es entonces aquí donde el rol del médico del primer nivel adquiere la dimensión que no se



reconoce. Puede acceder a todos los niveles de la estratificación social, buscar al que no consulta y acercarse al que está aislado. Ejercer la medicina geriátrica como un arte donde aplique las ciencias básicas adaptadas a la persona humana comprendiendo la profundidad del ser humano anciano.

Un problema que se detecta con mayor frecuencia desde el inicio de la pandemia es la afectación de la seguridad alimentaria de la población que se asiste en el PNA. En algunas situaciones esto ocurre por aspectos vinculados a falta de trabajo (personas que previo a la pandemia tenían trabajos irregulares) y esto incide en dificultades en el acceso a los alimentos. Se observa un mayor número de usuarios que necesitan apoyo a través de prestaciones (ej. canastas, ollas populares). Actualmente los Licenciados en Nutrición que trabajan en el PNA no tiene injerencia en la adjudicación de canastas, el usuario se debe contactar directamente con el MIDES (El año pasado se sacó la canasta por riesgo nutricional y el Lic Nutrición dejó de decidir sobre esta prestación a dichos usuarios). Por otra parte, es importante destacar que las canastas contienen en su mayor parte víveres secos, quedando sin contemplarse aspectos importantes de la alimentación que hacen a la prevención y control de las ENT, patologías altamente prevalentes en esta población

3. Otros asuntos a considerar

Se debe coordinar la reincorporación progresiva de los trabajadores ya que el aumento de la actividad aumenta los requerimientos de respuesta. Esto es considerable para todos los sectores de trabajo.

Las medidas de protección a grupos de trabajadores de riesgo por comorbilidades y embarazadas, generan una dificultad en el sistema de salud, que cuenta con menos personal para dar respuesta a las necesidades de la población. Se agregan a la demanda existente habitual, que aumenta en forma progresiva siguiendo la reapertura de la movilidad social, la demanda generada por la atención de pacientes respiratorios, sospechosos de infección por COVID-19.

La apertura de servicios de salud y la implementación de la asistencia requiere de mayor cantidad de RRHH para resolver los necesarios circuitos de pacientes respiratorios y no



respiratorios, la asistencia domiciliaria y el triage recomendado, así como el aumento de los tiempos de limpieza, necesarios para seguridad a técnicos y pacientes.

Resolver de forma coordinada la continuación o no de certificaciones preventivas en los grupos con enfermedades previas, y planificar la continuación de la contingencia, y su adaptación a la realidad cambiante es un desafío.

También es necesario considerar la posible enfermedad de trabajadores esenciales, o que requieran cuarentena por eventuales contactos con casos positivos, por lo que sus bajas serán prolongadas. En éstos últimos, se recomienda rápida realización de test de RtPCR para SarsCov2, con el fin del reintegro inmediato en caso de resultado negativo. Este testeo se debería realizar en forma centralizada, para evitar demoras en la definición entre el prestador y el empleador.

4. Sugerencias y recomendaciones

A. Evaluación de la capacidad de atención de los servicios del PNA (doble circuito de pacientes)

Circulación diferencial de pacientes con y sin síntomas respiratorios: cada prestador debe asegurar que los establecimientos del PNA cumplan requisitos para poder asistir usuarios con síntomas respiratorios, o sospecha de COVID-19, separados de forma segura de aquellos que no tienen síntomas ni riesgo aumentado de padecer la infección. Es muy importante para esto la adecuación de los espacios físicos en cada servicio.

Para ello se sugiere contar con al menos un consultorio para asistir pacientes respiratorios, con buena ventilación, equipos adecuados para protección del personal que asiste, implementos de valoración exclusivos de ese lugar, y auxiliares de servicio que permitan mantener la higiene adecuada según pautas nacionales.

Aquellos servicios o establecimientos que no aseguren la doble circulación de usuarios, serán definidos para la atención de pacientes con menor riesgo de infección por COVID-19, lo cual se establecerá al efectivizar la agenda como se sugiere en el siguiente punto. Esta característica del servicio debe ser comunicada a los usuarios de la misma con el fin de evitar problemas asistenciales y de organización.



B. Triage a distancia de pacientes que demandan atención

La demanda asistencial en los servicios del PNA del SNIS no establece hoy un parámetro de selección de ningún tipo, pudiendo cada usuario solicitar consulta en las diferentes agendas existentes en cada prestador.

Se hace necesario, en la transición a la salida de la pandemia poder establecer un sistema de apoyo y ordenamiento de esa demanda, que permita ofrecer la modalidad de atención mejor adaptada a cada situación.

Se recomienda establecer instancias de telemedicina coordinadas por profesionales de la salud, que permitan definir si los usuarios que demandan atención se pueden agrupar de acuerdo al motivo de consulta en aquellos que:

- a. requieren atención de urgencia, estos se los derivará al servicio de urgencia/emergencia correspondiente.
- b. es posible resolver su problema a distancia (repetición de medicación, dificultades administrativas).
- c. pueden ser evaluados mediante agenda telefónica o video llamada, si es posible por médico de referencia (incluye motivos de consulta por sintomatología respiratoria y otros).
- d. necesitan consulta presencial habitual sin sintomatología respiratoria ni sospecha de infección por COVID-19 (atención por patología aguda, controles evolutivos, controles de ECNT, controles de salud).
- e. requieren consulta presencial en domicilio (síntomas o sospecha de infección por COVID-19 u otros problemas de salud que deben evitar el traslado a un centro de salud).

C. Organización de la agenda

La organización del trabajo en el PNA tendrá desde el punto de vista asistencial tres modalidades principales de agenda: telemedicina, presencial en consultorio y presencial en domicilio.

Para cada modalidad se debe efectivizar una agenda con la disponibilidad adecuada a las posibilidades de cada servicio de acuerdo a los recursos humanos y las funciones que cumplen (carga horaria, especialidad o disciplina). Se optimizarán los tiempos de atención para evitar aglomeraciones en los lugares donde se realiza asistencia presencial (duración de consulta y horario de cita diferenciado).



Se buscará no superponer agendas en los mismos tiempos de trabajo para un mismo profesional ya que los cambios de modalidad requieren preparación y tiempos establecidos para ello (fundamentalmente el domiciliario).

Estas agendas serán definidas con los criterios establecidos en el punto 2.

D. Adaptación de los espacios físicos en los consultorios del PNA en la transición a la nueva normalidad

Los policlínicos del PNA o consultorios tanto en efectores del subsistema público como privado ya han adecuado su atención a la situación de pandemia.

Se propone un marco general común que tenga como objetivo permitir el progresivo aumento de las consultas presenciales, y en base a ello adecuar la atención a la población que lo solicite, con medidas mínimas que permitan que la misma sea en un entorno de seguridad en cuanto al distanciamiento y las medidas de mitigación de la infección por COVID- 19.

Se recomienda contar con un grupo de técnicos que evalúe las instalaciones (planta física) a fin de armonizar las recomendaciones genéricas a la realidad de cada establecimiento

Para ello, frente a la consulta espontánea presencial, se recomienda establecer un triage inicial por un profesional de la salud en el lugar de acceso único de usuarios, quien determinará el lugar de atención.

Las preguntas a realizar se encuentran en el ANEXO 1

En el triage, se evaluará presencia de síntomas respiratorios y su severidad. De presentar síntomas se ubicarán los pacientes en el sector de respiratorios pudiéndose trasladar a otro nivel de atención si así lo requiere o coordinar asistencia domiciliaria según severidad de cada caso. Se buscará que no exista contacto entre ambos circuitos y que los acompañantes no ingresen a los establecimientos. En caso de niños o usuarios que requieran ingresar con acompañante, estos serán evaluados y se aplicará la misma conducta antes mencionada. Los usuarios considerados contactos cercanos con o sin síntomas respiratorios podrán ser asistidos en ese momento de contar con RRHH. En caso de no contar con estos, serán valorados al final de la atención para minimizar el riesgo de transmisión.



Es imprescindible que aquellos funcionarios que valoren usuarios en el sector de respiratorios, cumplan todas las medidas de protección necesarias como establecen los protocolos nacionales¹².

Se adjunta un algoritmo de actuación en el PNA que esquematiza la propuesta

(ANEXO 2)

E. Alcance de la telemedicina en la consulta

Se propone desarrollar herramientas de telemedicina comenzando con la asistencia telefónica, asistida con HCE con capacidad de visualización de datos de prescripción, de interconsulta, exámenes complementarios y tratamientos. De ser posible con el uso de video llamada como ha desarrollado en nuestro país SaludUy.

Se propone la creación de una agenda de telemedicina asistida por médico del PNA (punto 3) y su uso también como herramienta para triage de pacientes que solicitan ser atendidos (punto 2).

Para esto debe proveerse de los recursos informáticos, así como de telefonía, a los profesionales tratantes, y organizar las consultas según las solicitudes de agenda para telemedicina. Se podrá incluir también aquellas coordinadas a través de la línea de respuesta a COVID al médico de referencia del paciente consultante previo selección de las mismas.

Se aporta metodología de trabajo en telemedicina diseñada para el sistema de salud británico¹³ con traducción al español para poder utilizar como pauta de trabajo para pacientes con sospecha de COVID- 19 (ANEXO 3).

Se propone considerar el uso de la herramienta de telemedicina a profesionales con licencia por alta susceptibilidad a presentar complicaciones en el curso de una infección por COVID-19 y como estrategia de apoyo frente a un eventual aumento de certificaciones del personal sanitario.



F. Recomendaciones en la atención domiciliaria a pacientes respiratorios

Se recomienda que los técnicos que realicen la asistencia en domicilio, dediquen la jornada laboral con exclusividad a esta tarea y la realicen en vehículos institucionales. Esto favorece el mantenimiento de las medidas de protección personal y evita la propagación de las infecciones. Es imprescindible extremar las medidas de protección a profesionales sanitarios y de apoyo en domicilio, especialmente ante síntomas respiratorios o sospechosos de COVID-19. Se seguirán las recomendaciones del MSP para atención en domicilio de pacientes con sospecha de infección por SarCov2.¹²

La necesidad de traslado, estudios complementarios e interconsultas se debe resolver con celeridad desde el domicilio del paciente, para garantizar la menor exposición posible de los equipos de trabajo en ambientes contaminados. De esta manera se asegura el funcionamiento del sistema y no genera problemas con RRHH.

Se sugiere trabajar en la complementación de servicios en referencia a los traslados de pacientes o muestras para estudios (fundamentalmente en el interior del país) con el fin de evitar demoras o retrasos en la atención de los pacientes asistidos.

G. Monitorización de la pandemia a nivel de comunitario

Se sugiere abordaje orientado a la comunidad, basado en la noción epidemiológica local de la pandemia, que permita realizar vigilancia, reporte de casos, rastreo de contactos, así como la coordinación del soporte local para las necesidades de cada comunidad.

Asimismo, la aparición de casos, con base en el núcleo familiar podrá establecer metodologías de intervención más apropiadas, orientadas a las estrategias de distanciamiento y contención, tanto en relación a la pandemia, como al resto de los problemas de salud existentes.

Este abordaje permite acercar el conocimiento y las recomendaciones científicas de forma que sean entendidas y aceptadas por cada comunidad lo cual asegura una mejor adherencia a las mismas.¹⁴ Asimismo, favorece la complementación de servicios y la conformación de redes interinstitucionales de abordaje, promoviendo mejores y más eficientes resultados.



H. Asistencia Nutricional

- Posibilitar la coordinación directa del Lic. Nutrición con la prestación de canastas que provee el MIDES; incluir en la prestación a pacientes con bajo peso o en riesgo nutricional.
- Diseñar e implementar programas nacionales de subvención de canastas con contenido de víveres frescos
- Fortalecer y expandir el programa de Huertas de Facultad de Agronomía y del Ministerio de Educación y Cultura, como una forma de aumentar el acceso en el mediano plazo a víveres frescos saludables.
- Brindar apoyo a las ollas populares que funcionan en cada barrio, a través de partidas de alimentos saludables para la elaboración de las comidas y mediante el asesoramiento en las medidas de higiene, desde el ingreso del alimento, la manipulación, cocción y distribución a los usuarios, así como la protección de las personas que trabajan en ellas.



5. Referencias bibliográficas

1. 5 estrategias que están funcionando en los países que han logrado contener los contagios de coronavirus [Internet]. BBC News Mundo. 2020 [cited 21 May 2020]. Disponible en <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-51919935>
2. Ley 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación. P. Legislativo. Montevideo (13 de diciembre, 2007).
3. Starfield, B. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Capítulos 7, 8, 9 y 10. 127-263. Editorial Masson. 2001.
4. Palacio J. Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, eficiencia y seguridad del paciente. AMF. 2019;15(8):452-9.
5. Gray DJP, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors - A matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. BMJ Open. 2018 Jun 1;8(6):3-20
6. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. Gérvas, J., Pérez Fernández, M. Rev Bras Epidemiol 2005; 8(2): 205-18.
7. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 3, 2005 (pp. 457-502)
8. Vidal-Alaball J, et al. Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic. Aten Primaria. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.003>.
9. Hollander JE, Carr BG. Virtually perfect? Telemedicine for Covid-19. N Engl J Med. 2020, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp5392003>.
10. Artículo 466 de la ley 19355. Disponible en <https://centrodeconocimiento.agesic.gub.uy/>



web/salud.uy/marco-normativo.

11. Minué, S. Contra el coronavirus, más atención primaria que nunca. AMF-SEMFYC. Disponible en https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2626

12. Protocolo de condiciones y medio ambiente de trabajo. Medidas de protección del equipo de salud y usuarios del SNIS. MSP 2020.

13. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. BMJ 2020;368:m1182. Disponible en <https://www.bmj.com/content/bmj/suppl/2020/03/24/bmj.m1182.DC1/gret055914.fi.pdf>

14. Risk communication and community engagement readiness and response to coronavirus disease (COVID-19): interim guidance. WHO, 2020. Disponible en <https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-readiness-and-initial-response-for-novel-coronaviruses>

15. Instituto Nacional de Estadística en el Atlas Socio demográfico y de la desigualdad en el Uruguay .Envejecimiento y personas mayores en Uruguay publicado en 2016 Nicolas Brunet y Clara Marquez Editorial Trile 1016)

16. Ribera Casado, José Manuel, Medico “Los Tiempos de la Geriátría, 100 años de compromiso con la salud del anciano”, Real Academia Nacional de Medicina de España, discurso de recepción publica del Prof. Dr. Jose Manuel Ribera Casado. Madrid 2012)

17. Arons M.M., et al. Presymptomatic SARS-COV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility NEJM april 24, 2020 DOI:10.1056/NEJM oa 2008457)



ANEXO 1

Cuestionario de triage en consultorios del primer nivel de atención

Quién realiza el triage (médico o enfermero) preguntará antes que ingrese al establecimiento:

- 1) Si el paciente tiene fiebre o sensación febril.
- 2) Si el paciente tiene síntomas respiratorios altos o bajos, dolor de garganta, mocos, tos, flemas, falta de aire, o chiflidos en el pecho.
- 3) Si el paciente tiene diarrea, pérdida de olfato o gusto en forma brusca.
- 4) Si el paciente vive o estuvo en contacto con alguien que tenga o haya tenido reciente síntomas respiratorios.
- 5) Si el paciente retorno recientemente de un un país con circulación de coronavirus.