



Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Departamento de atención a la salud

Proyecto de investigación Servicio Social en Medicina.

Título:

Seguimiento y control de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), indicadores de salud mental y factores de riesgo para contagio de SARS-CoV2 basado en el Modelo de Atención Centrado en la Persona del Proyecto Urbano de Salud en la colonia Volcanes de Tlalpan durante la pandemia por la COVID-19 a través de un instrumento de evaluación a distancia.

Prestador de Servicio Social:

Jean Marc Solorio Cruz

Matrícula:

2142029698

Asesores:

Dr. Víctor Ríos Cortázar No. Económico 09250

Dra. Alejandra Gasca García No. Económico 23404

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN:	3
OBJETIVOS	4
<i>General:</i>	4
<i>Particulares:</i>	4
Descripción del Proyecto Urbano de Salud	5
Marco Teórico:	7
<i>Contexto general de la pandemia en México y el mundo: línea de tiempo</i>	7
<i>Telemedicina: su uso e impacto durante la pandemia</i>	10
<i>Consultas telefónicas:</i>	12
<i>Instrumento de evaluación no presencial en la consulta:</i>	12
<i>Impacto en la salud mental durante la pandemia de la COVID-19:</i>	13
Métodos y Materiales:	14
<i>Características de la comunidad:</i>	14
<i>Características del Instrumento de evaluación a distancia:</i>	15
Resultados de la atención a distancia de mayo a noviembre 2020:	16
Conclusiones	19
Conclusiones del servicio social:	20
ANEXO 1:	21
<i>Atención clínica telefónica para el monitoreo de personas con enfermedades crónicas confinadas en sus hogares durante la epidemia de COVID-19 en México.</i>	21
Referencias:	35

INTRODUCCIÓN:

En las últimas décadas, los cambios económicos y laborales, sociales o demográficos han provocado modificaciones en la dieta y en el estilo de vida de la población, afectando a la sociedad en diversos aspectos como la urbanización, el aumento del sector económico y, en consecuencia, menor actividad física; reducción del círculo familiar, la habitación extensa y la incorporación al mundo laboral de todos los miembros adultos de la familia nuclear que afectan directamente en el plan de alimentación, lo que condiciona el desarrollo de comorbilidades, entre las cuales destacan Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII) y Dislipidemias.

En la actualidad, las distintas modalidades de la jornada laboral, que conducen y obligan a mayores desplazamientos, mayor ingesta de alimentos procesados industrialmente, rutinas cotidianas que favorecen el consumo de comida procesada, lipídica y barata, mayor número de comidas fuera de casa y menor conocimiento y control sobre las diferentes etapas que un alimento recorre en la cadena alimentaria, han condicionado a este hecho particular como un fuerte factor de riesgo a desarrollar un padecimiento crónico en nuestra población.

A lo anterior, puede añadirse la grave situación de crisis socioeconómica que prevalece en el país y que afecta a una mayor población con menor poder adquisitivo que al resto.

La atención en primer nivel está enfocada en promoción de la salud para evitar el desarrollo de ECNT y asimismo de complicaciones en los pacientes que ya las padecen. En este sentido se vuelve de suma importancia realizar diagnósticos oportunos de complicaciones para evitar su avance y evitarlas cuando aún no se presentan.

La evidencia científica disponible demuestra que si se consigue un control adecuado de estas enfermedades crónicas se pueden disminuir o retardar de manera importante los riesgos de complicaciones lo que significa mejorar la calidad de vida de las personas que las presentan. Por este motivo, y de acuerdo con las recomendaciones nacionales e internacionales se tiene contemplado realizar evaluación de riesgo cardiovascular^{3, 1, 2, 3} a partir de lo cual se decidirá posteriormente referencia a segundo nivel de atención si se encontraran complicaciones y el seguimiento de la atención que se recibiera en dicho nivel.

Un ejemplo de lo anterior es el plan de acción propuesto para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en el la región de Europa de la OMS 2016-2025⁴ que actualiza el plan de acción para la implementación de la estrategia europea para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles detectadas en los periodos 2012-2016, implementando medidas de contención prioritarias para los próximos 10 años con el fin de alcanzar los objetivos regionales y mundiales de reducir la mortalidad prematura, reducir la carga de morbilidad, mejorar la calidad de vida y hacer más equitativa la

esperanza de vida saludable. El plan de acción se ha elaborado mediante un proceso consultivo, guiado por expertos técnicos. Su formulación incorpora el marco de políticas de Salud del 2020 ⁵, seguimiento de Naciones Unidas, reuniones de alto nivel sobre enfermedades no transmisibles en 2011 y 2014, y las implicaciones de los recientes los Objetivos de Desarrollo Sostenible.⁶

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró el brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) como una pandemia, con más de 720.000 casos reportados en más de 203 países al 31 de marzo. La estrategia de respuesta incluyó el diagnóstico precoz, el aislamiento de los pacientes, el seguimiento sintomático de los contactos, así como los casos sospechosos y confirmados, y la cuarentena de salud pública. Este hallazgo nos hizo considerar la necesidad de seguir detenidamente a todas las personas con ECNT dentro del proyecto, por una parte, al ser población de riesgo y por otra los rangos de edad que resultan de una media de 55 años, agregando así dos factores de riesgo que colocan a nuestra población en un estado de vulnerabilidad importante. En este contexto, se ha promovido y ampliado la telemedicina, en particular las consultas por video, para reducir el riesgo de transmisión, especialmente en el Reino Unido y los Estados Unidos de América,⁷ adoptando así estas medidas para nuestro proyecto en cuestión.

Dentro del proyecto urbano de salud, se diseñó un instrumento que permitió evaluar y dar seguimiento a las personas que padecen alguna ECNT y son vistas en consulta, por medio de una llamada de forma mensual además de un canal de comunicación directo por medio de mensajes, permitiendo así acompañar durante el estado de emergencia a cada uno de los integrantes de la comunidad agregados a la consulta.

OBJETIVOS

General:

1. Consolidar el modelo de atención en el primer nivel para las personas con Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, Obesidad y otras asociadas, adaptado a un estado de contingencia por pandemia, a través de un instrumento de evaluación a distancia.

Particulares:

1. Aumentar las prevalencias de pacientes con control óptimo de sus enfermedades crónicas no transmisibles, particularmente Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica atendidos en el primer nivel de atención del Proyecto Urbano de Salud.
2. Mejorar las acciones de monitoreo y evaluación del control metabólico de las y los pacientes con DM2, HTA, Obesidad y otras enfermedades asociadas atendidos en el primer nivel del Proyecto

Urbano de Salud.

3. Mejorar la capacitación de los pacientes atendidos, brindar acompañamiento y asesoría telefónica con especial atención en los factores prevenibles y modificables.
4. Condicionar las medidas de atención a distancia con el fin de identificar banderas rojas relacionadas a procesos infecciosos de carácter respiratorio posiblemente relacionados con la COVID-19 y derivar oportunamente
5. Identificar trastornos relacionados con salud mental condicionados por el aislamiento social, con el fin de referir oportunamente o dar seguimiento personalizado.
6. Identificar pérdidas humanas para brindar apoyo y herramientas resolutivas que apoyen el proceso de duelo de manera positiva.

Descripción del Proyecto Urbano de Salud

El Proyecto Urbano de Salud, derivado de la Coordinación de Primer Nivel y Salud Comunitaria, considera en uno de sus proyectos específicos el seguimiento de personas con padecimientos crónicos no transmisibles, dentro de las comunidades donde tenemos presencia a través de consultorios equipados y atendidos por un pasante de servicio social de la universidad en un primer nivel de atención.

Este seguimiento consta de una consulta integral mensual, de forma presencial previo a la pandemia que fue sustituida por atención a distancia por seguridad de las personas incluidas en el proyecto quienes por sus padecimientos y rangos de edad son consideradas de alto riesgo por contagio.

Más allá del seguimiento de sus enfermedades, se busca la atención centrada en la persona de acuerdo con el contexto de cada paciente, su rol dentro de la comunidad y las metas en común que permitan su adecuado control. El Proyecto Urbano de Salud es un proyecto que tiene su inicio en 1993 y que se caracteriza por articular el servicio social con la investigación y la docencia con el propósito de contribuir a la generación de nuevos modelos de promoción y atención a la salud para enfrentar y resolver problemas de salud relevantes.⁸ Para su operación el proyecto se organiza en tres grandes áreas de acción: Área clínica, Área de Promoción de la salud y Área de formación profesional. A su vez estas áreas tienen proyectos específicos, en el caso del proyecto que aquí se presenta está ubicado en el Área clínica del proyecto urbano de salud (Figura 1).

Figura 1. Organización del Proyecto Urbano de Salud (esquema tomado del Proyecto de salud Urbano)



El proyecto específico de Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles es un modelo eficiente, basado en la Atención Primaria de Salud (APS), centrado en el paciente y en la atención proactiva, de bajo costo y reproducible, de atención clínica en el primer nivel para lograr un control óptimo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) ligadas a alimentación y sedentarismo que han constituido el principal problema de salud pública del país.⁹ (Figura 2)



Figura 2. Modelo de cuidados crónicos en el Proyecto Urbano de Salud (esquema tomado del proyecto de salud urbano)

Marco Teórico:

En México, las (ECNT) constituyen el mayor problema de salud pública que nuestra sociedad enfrenta, dada su magnitud, su tendencia creciente como causas de mortalidad y de incapacidad prematura, así como por la complejidad y costo de su tratamiento. Particularmente resalta el hecho de que las ECNT asociadas a los cambios en patrones de alimentación y estilos de vida ocupan las primeras causas de mortalidad en el país y su tendencia se ha incrementado de manera sostenida, de tal manera que su gravedad se acrecienta con el paso del tiempo.

Así, para el caso de la Diabetes Mellitus tipo 2, de 1998 a 2012 se tuvo una tendencia creciente de 4.7%, pasando de una tasa de morbilidad de 342.1 a 358.2 casos por 100 mil habitantes; específicamente para este último año se reportaron 418, 797 personas diagnosticadas con DM2. De permanecer esta tendencia se calcula para 2030 un aumento de 37.8% en el número de casos y 23.9% en la tasa de morbilidad. En la ENSANUT 2016 de las personas entrevistadas el 9.4% dijeron haber recibido un diagnóstico de Diabetes Mellitus. ¹⁰

Por su parte, la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) en un periodo de tan solo trece años (1993-2006) tuvo un incremento igualmente preocupante, al pasar de 23.8% en 1993 a 30.7 en 2000 y 30.8% en 2006; para 2012 esta prevalencia había aumentado a 31.5%, cifra que se incrementa considerablemente entre los adultos con obesidad (42.3%). De acuerdo con ENSANUT 2012 se pudo saber que, del total de personas con hipertensión arterial, el 47.3% desconocía que la padeciera mientras que en la ENSANUT 2016 el 40% de los adultos a quienes se encontró Hipertensión Arterial ignoraban que padecían esta enfermedad.

Otro problema muy serio es la presencia de complicaciones de estas enfermedades, el Sistema de Información en Enfermedades Crónicas (SIC) reporta que, en el caso de las personas con Diabetes, 54.5 % de ellos reportaron tener visión disminuida, 11.2% daño en la retina, 9.9% pérdida de la vista, 9.1% úlceras (en pie) y 5.5% habían sufrido ya una amputación⁸.

Contexto general de la pandemia en México y el mundo: línea de tiempo

A finales de diciembre del 2019 se reportó, a razón de múltiples casos, un brote atípico de neumonía, con características similares a las de otros patógenos de la misma índole (virus) por su presentación clínica pero no reconocible por serología ni historia natural propia de la misma en Wuhan, China. Dichos acontecimientos obligaron a las autoridades de salubridad en ese país a reportar un total de 27 casos de

Síndrome Respiratorio Agudo de etiología desconocida, vinculando cada uno de los pacientes con un mercado mayorista de mariscos de esa misma localidad, el cual además vende animales vivos.¹¹

Inmediatamente se informó a las autoridades pertinentes sobre una enfermedad que, en ese momento no se había confirmado como transmisible vía persona-persona, levantando alertas sanitarias y estudiando el patógeno con el fin de clasificar y caracterizar. Fue hasta el 24 de enero que se logró aislar la secuencia genómica del virus, confirmando su estructura dentro de la familia de Orthocoronavirinae, comúnmente conocido como coronavirus, es una de las dos subfamilias de la familia Esta se subdivide en los géneros Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus. El virus aislado es un Betacoronavirus del grupo 2B con al menos un 70% de similitud en la secuencia genética con el SARSCoV y ha sido nombrado por la OMS como 2019-nCoV. La información clínica sobre los casos confirmados de 2019-nCoV reportados hasta ahora sugiere un curso de enfermedad diferente que el observado en casos de SARS-CoV y MERS-CoV.¹²

Al igual que la pandemia previa del Virus de Influenza H1N1 en 2009, se informa que los adultos mayores y las personas con afectación de la salud subyacentes pueden tener un mayor riesgo de presentar enfermedad más grave por este virus.¹³ Por tal motivo, la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Epidemiología, ante la alta probabilidad de llegada de esta enfermedad emergente a territorio mexicano, establece en sus protocolos y procedimientos para la vigilancia epidemiológica que contemplan la identificación de casos, seguimiento de contactos, notificación oportuna al sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) y por laboratorio, para la toma, manejo, envío de muestra y emisión de diagnóstico.¹⁴

Históricamente han sido de gran interés a nivel global, los brotes emergentes y reemergente de patógenos que representan un desafío hacia las dependencias de salud pública. Tal fue el caso del virus H1N1 en 2009, detonado por su reaparición que, si bien fue descrito por primera vez en 1930, con algunos registros durante la década de los 80, no fue sino hasta ese año que desató la pandemia que, según estudios realizados en 2012, tuvo cifras de mortalidad entre 151.700 y 575.400 personas.¹⁵

El primer caso en EE.UU. se descubrió en abril de 2009, cuando la influenza porcina fue detectada en un niño de 10 años. Las pruebas de laboratorio de la CDC confirmaron el mismo virus en un segundo niño de California que residía a unos 200 kilómetros del primer paciente.¹⁶

Para el 24 de abril del mismo año, la CDC confirma un aviso de brote, advirtiéndoles a los viajeros sobre un mayor riesgo para la salud de la gripe porcina en el centro de México y en la Ciudad de México. Dos días después, el 26 de abril de 2009, Estados Unidos declaró una emergencia de salud pública a medida que aumentaban los casos de gripe porcina.¹⁷

Fue el 29 de abril que se determinó una pandemia de influenza nivel 5, lo que indicaba que había brotes sostenidos a nivel comunitario en dos o más países de la misma región. La cantidad de infectados por este virus ya estaba fuera de control. El 11 de junio de 2009, la OMS elevó la alerta de pandemia de influenza a un nivel 6, considerada así, una pandemia mundial.¹⁸

Recientemente, en diciembre del 2019, un grupo de pacientes con neumonía de causa desconocida fue vinculado a un mercado mayorista de mariscos en Wuhan, China. Descrito como desconocido en comparación con los subgéneros identificados que pueden afectar y ser transmitidos de persona a persona, se identifica como una variedad de betacoronavirus descifrado mediante el uso de secuenciación imparcial en muestras de pacientes con neumonía. Las células epiteliales de las vías respiratorias humanas se utilizaron para aislar un nuevo coronavirus, llamado 2019nCoV, en primera instancia, que formó otra variante dentro del subgénero sarbecovirus, subfamilia Orthocoronavirinae. Distinto al bien descrito MERS-CoV y SARS-CoV, el 2019-nCoV es el séptimo miembro de la familia de coronavirus que infecta a los humanos. Actualmente se estableció el nombre de COVID - 19 para unificarlo mundialmente.¹⁹

Los coronavirus son virus de ARN envueltos que se distribuyen en general entre humanos, otros mamíferos y aves, que causan enfermedades respiratorias, entéricas, hepáticas y neurológicas. Previo a los hallazgos antes mencionados, se conocían seis especies de coronavirus capaces de causar enfermedad humana.²⁰

- Cuatro virus - 229E, OC43, NL63 y HKU1 -
 - Prevalente y típicamente causa síntomas de resfriado común en individuos inmunocompetentes.
- Las otras dos cepas: coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) y el coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV)
 - Son de origen zoonótico y se han relacionado con enfermedades con mortalidad significativa.²¹

SARS-CoV fue el agente causal de los brotes de síndrome respiratorio agudo severo en 2002 y 2003 en la provincia de Guangdong, China y MERS-CoV fue el patógeno responsable de los brotes de enfermedades respiratorias graves en 2012 en el Medio Oriente.²²

Debido a la significativa prevalencia y amplia distribución del coronavirus, la gran diversidad genética y recombinación frecuente de sus genomas con un aumento de las interacciones y actividades humano - animales, se prevé que surjan nuevos coronavirus periódicamente en humanos debido a las infecciones cruzadas entre especies y eventos de contagio ocasionales.²³

Los coronavirus son virus con recubrimiento lipídico. Su transmisión puede ser por aerosoles de menos de 5 micras que se produzcan en procedimientos terapéuticos, por gotas de más de 5 micras y por el contacto directo con las secreciones de pacientes infectados. Debido a esto, se deben llevar a cabo precauciones estándar dependiendo del tipo de contacto que se tenga con las personas infectadas.²⁴

Telemedicina: su uso e impacto durante la pandemia

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró el brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) como una pandemia, con más de 720.000 casos reportados en más de 203 países al 31 de marzo. La estrategia de respuesta incluyó el diagnóstico precoz, el aislamiento de los pacientes, el seguimiento sintomático de los contactos, así como los casos sospechosos y confirmados, y la cuarentena de salud pública.

En este contexto, se ha promovido y ampliado la telemedicina, en particular las consultas por video, para reducir el riesgo de transmisión, especialmente en el Reino Unido y los Estados Unidos de América.

Con base a una revisión de la literatura, en 2015 se publicó el primer marco conceptual para la implementación de la telemedicina durante los brotes. Se definió un marco actualizado para la telemedicina en la pandemia de COVID-19. Este marco podría aplicarse a gran escala para mejorar la respuesta nacional de salud pública. La mayoría de los países, sin embargo, carecen de un marco regulatorio para autorizar, integrar los servicios de telemedicina, incluso en situaciones de emergencia y brotes.

En este contexto, Italia no incluye la telemedicina en los niveles esenciales de atención otorgados a todos los ciudadanos dentro del Servicio Nacional de Salud, mientras que Francia autorizó y promovió activamente el uso de la telemedicina. Sigue habiendo varios desafíos para el uso global y la integración de la telemedicina en la respuesta de salud pública de la COVID-19 y brotes futuros.

Para los países sin telemedicina integrada en su sistema nacional de atención de la salud, la pandemia de COVID-19 es un llamado a adoptar los marcos regulatorios necesarios para apoyar la adopción generalizada de la telemedicina.²⁵

La necesidad de abordar el problema del aumento de demandas en la atención primaria durante un estado de emergencia como una pandemia y para servir poblaciones en zonas remotas, ha provocado la consideración de métodos alternativos para proporcionar consultas, como correo electrónico, video llamadas (Skype), mensajes por aplicaciones (WhatsApp) o consulta por llamada telefónica en Europa, EE. UU. y Australia.^{26 27 28 29}

La actual situación de contingencia ha aumentado la presión para mejorar el acceso a los pacientes para abordar el aumento de la demanda dentro de una capacidad limitada. Varias iniciativas utilizando información y comunicaciones las tecnologías se han introducido con una visión de reducir la carga de trabajo de los médicos de cabecera; por ejemplo, triage telefónico, implementado a nivel nacional con las líneas COVID para el oportuno manejo y canalización de casos sospechosos.³⁰

Un documento reciente delineando propuestas gubernamentales ³¹ sugirió que la introducción de métodos alternativos para proporcionar consultas, como correo electrónico o video llamada (por ejemplo, Skype), mejoran la prestación actual de atención primaria en el Reino Unido.

Perfilado hacia una consulta de seguimiento en un paciente con un padecimiento crónico, se ha visto que el enfoque puede mejorar el acceso y la eficiencia, sin embargo hay poca evidencia para apoyar las afirmaciones.³² La evidencia hasta la fecha ha evaluado el potencial impacto de algunas alternativas en la clínica y sus resultados.³³ Aunque la evidencia del juicio es pobre, los datos de observación han apuntado hacia algunos beneficio clínico, como mejores resultados para las personas con diabetes e hipertensión,³⁴ y un mejor seguimiento de los problemas de salud,³⁵ al menos en los sistemas de salud impulsados por el mercado.

Los estudios han buscado opiniones de pacientes y profesionales de la salud sobre si y cómo usarían estas alternativas ³⁶pero estos datos se han basado en opiniones en lugar de experiencias. A pesar de que los organismos profesionales se están volviendo tentativos pasos hacia la adopción de algunos de los más nuevas tecnologías ³⁷ los profesionales son generalmente más escéptico, reflejando incertidumbre derivado de la falta de pruebas en el entorno de práctica y preocupaciones más amplias sobre carga de trabajo de práctica general.³⁸

Por otro lado, la videoconferencia se utiliza cada vez más en muchas aplicaciones de telemedicina, incluida la educación del personal médico, la consulta entre pares, la educación del paciente y la atención directa al paciente. ³⁹Los avances en la tecnología y los cambios en la prestación de atención médica han mejorado la capacidad de desarrollar sistemas de videoconferencia de telemedicina eficaces. ⁴⁰Las medidas de eficacia de los sistemas tecnológicos se basan en los requisitos identificados para la calidad del sistema.

Un modelo, descrito por Le Rouge et al, que contiene cuatro grupos de atributos de calidad: técnico, usabilidad, entorno físico y elemento humano, busca que tanto investigadores como los profesionales puedan comprender, diseñar y evaluar los sistemas de videoconferencia de telemedicina y su aplicación a cada necesidad.⁴¹

Además, la telemedicina reduce los desplazamientos por carretera y por tanto disminuye el impacto ambiental de los contaminantes atmosféricos emitidos por los vehículos.⁴²

Consultas telefónicas:

Varios estudios del mundo occidental han demostrado que las personas desean consultar a sus médicos por teléfono y están muy satisfechas con este medio de comunicación.⁴³ La mayoría de los estudios previos sobre consultas telefónicas o asesoramiento se han realizado con conexiones telefónicas permanentemente establecidas, por ejemplo en un hospital. Sin embargo, con una conexión telefónica fija hay menos movilidad del proveedor de servicios. La mayoría de los estudios de consulta telefónica han sido realizados por personal de enfermería⁴⁴, farmacéuticos o aprendices. Algunos han sido realizados por médicos generales o especialistas.⁴⁵

Es por ello por lo que, adaptado a las necesidades de la comunidad en cuestión, la atención debe ser brindada por un médico para así lograr un alto nivel de cumplimiento de los consejos dados. De tal manera que la gran mayoría de los abordajes que se proporcionaron para la atención primaria o asuntos no traumáticos, se gestionaron a nivel doméstico. Esto ayudó a los usuarios a tener confianza en el cuidado personal.⁴⁶

Dentro de las razones para el bajo cumplimiento de los consejos médicos y abordajes clínicos que pudieran estar relacionados con las visitas de emergencia, médico general particular u otro consultorio, especialista y otras pudieran deberse a: desacuerdos con el médico tratante, falta de confianza, falta de dinero, transporte, ubicación remota del hospital, falta de tiempo y trámites hospitalarios.⁴⁷

Otros estudios también han encontrado que la consulta telefónica puede ser un medio seguro y eficaz de brindar atención médica en diversos entornos.⁴⁸ Sin embargo, muchos problemas médicos requieren un examen físico para un diagnóstico y tratamiento adecuados, y no pueden ser atendido por teléfono solamente, requiriendo entonces un escalonamiento y valoración integral.⁴⁹

Instrumento de evaluación no presencial en la consulta:

Las características particulares y el comportamiento en general de la pandemia, entre otras muchas consecuencias han implicado cambios en las modalidades de entrega de servicios de salud, como el paso de la consulta clínica cara a cara a la no presencial; en México, como en otros países, han sido habilitados centros de atención de llamadas relacionados con COVID-19. Existe evidencia científica que sugiere que la consulta médica en el primer nivel de atención es una alternativa apropiada a la consulta cara a cara en determinados escenarios; como puede ser el de la actual pandemia.

Por otra parte las enfermedades crónicas no transmisibles, como DMII y HAS, entre otras, se han constituido a ser el principal problema de salud pública en México; de tal manera que esta situación aunada

al hecho de que las personas aquejadas por estas enfermedades forman parte de los grupos de población con mayor riesgo de presentar complicaciones en el caso de que adquieran el COVID-19, hacen necesario implementar estrategias encaminadas a monitorearlas clínicamente, de manera tan integral como sea posible, desde sus propios hogares buscando que conserven un buen control de su enfermedad crónica y, a la vez, eviten el contagio por el coronavirus.

Así, un instrumento permite recoger información específica y puntual para la valoración diagnóstica y toma de decisiones referidas a tres aspectos de la salud de las personas consultadas:

- a. *Situación clínica de la enfermedad o enfermedades crónicas*
- b. *Situación clínica respecto a posible contagio por COVID-19 y medidas de prevención.*
- c. *Experiencia y expectativas de salud durante la epidemia de COVID-19.*

El confinamiento en el hogar de las personas y sus familias como medida de contención de la epidemia que se ha adoptado en México, y en la mayoría de los países del mundo, puede generar alteraciones en las condiciones socio emocionales y de salud mental⁵⁰; es por ello por lo que el instrumento incluye una sección para explorar esta condición.

Las decisiones diagnósticas y de actuación referidas a cada uno de los tres aspectos antes descritos se detallan en las secciones designadas como Impresión Diagnóstica y Recomendaciones de Actuación.

Impacto en la salud mental durante la pandemia de la COVID-19:

Durante las primeras semanas de un brote de infecciones, es fundamental activar los sistemas de apoyo a los profesionales sanitarios y abrir vías de comunicación a través de dispositivos inteligentes para que el apoyo psicológico esté disponible. Además, estas intervenciones también deben garantizarse para las personas infectadas y sus cuidadores.⁵¹

Las intervenciones dirigidas a los profesionales de la salud deben, con el apoyo de los psicólogos, centrarse en la gestión. Los psicólogos y los psicoterapeutas deben crear cuestionarios que puedan difundirse fácilmente entre la población general (por ejemplo, a través de la administración en línea), los profesionales de la salud y todas las personas infectadas y en cuarentena, con el fin de evaluar la presencia / ausencia de indicadores psicológicamente negativos (o factores de riesgo) y, posiblemente, formular un conjunto de datos con respecto a las necesidades destacadas.⁵²

Posterior e inmediatamente después de las acciones anteriores, se requiere un canal de apoyo psicológico a los operadores (vía telefónica y / o plataformas online), el cual debe permanecer abierto mientras dure la emergencia. Simultáneamente, se debe garantizar un canal de apoyo a las personas y familiares

infectados, así como a la población en general, involucrando a psicólogos capacitados en psicología de emergencias y adecuadamente informado de los canales de medios más fiables, principalmente cuando se padece una ECNT. ⁵³En ambas circunstancias, los psicólogos deben poder dirigir a las personas que muestran síntomas psicopatológicos marcados a los psiquiatras para que reciban más asesoramiento telefónico.

En cuanto a las intervenciones en la población general, durante una tercera fase, los psicólogos deben producir y difundir materiales informativos sobre las consecuencias psicológicas de la cuarentena y deben activarse simultáneamente, en colaboración con la policía, los números de teléfono gratuitos para apoyar a todos los que se enfrentan a situaciones de violencia doméstica, incluidos los niños. ⁵⁴

Los estudios realizados con supervivientes de emergencias sanitarias causadas por otros virus (p. Ej., SARS) u otros sucesos traumáticos apoyan la noción de la presencia de una alta tasa de trastornos depresivos y trastornos por estrés postraumático (TEPT) en adultos, niños y en el sector sanitario. también profesionales. ⁵⁵Por esta razón, al final de la tercera fase de la intervención, la comunidad profesional de psicólogos debe poder desarrollar intervenciones y proyectos para detener las consecuencias psicológicas de una situación de emergencia, dado que después de la emergencia de salud pública la emergencia. ⁵⁶

Métodos y Materiales:

Características de la comunidad:

El proyecto se lleva a cabo en la población de La Colonia Volcanes, en un consultorio que pertenece al Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur.

En el consultorio por parte del proyecto urbano son atendidas 39 personas que padecen alguna ECNT de manera regular. En particular destaca la importante prevalencia de DM2 y HAS que, en última revisión global realizada en febrero del 2020 por parte del proyecto, se reporta un control constante del 82% en metas de HbA1C por debajo de 7% para una población mayor a los 60 años, que representa el 91% de la consulta en el proyecto. Las cifras tensionales se reportan por debajo de 135/80 mmHg y el control glicémico mensual se registra por debajo de la meta 130 mg/dl en el 96% de las personas tratadas.

Particularmente en la colonia Los Volcanes, el proyecto de la UAM-X es coordinado a la par por el Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur (MPPCS), siendo esta una organización fundada hace más de 40 años que se organizó en un inicio por demanda de servicios como es el caso del agua. Esta organización comprende una serie de colonias que están ligadas a través de la Parroquia de San Pedro

Mártir, entre estas colonias están: San Pedro Mártir, Volcanes, Chimalcoyoc, San Andrés, Plan de Ayala entre otras. Actualmente con dos consultorios en operación, Volcanes y San Pedro Mártir.

La consulta a distancia comenzó a partir del 1 de mayo del 2020 y constó de una revisión mensual vía telefónica, caracterizada por el diseño estructural y la aplicación de un instrumento que evaluación en formato de cuestionario para guiar la consulta y determinar factores o detonantes que por una parte, informan sobre el adecuado control metabólico de la persona y además de datos puntuales que pudieran orientar hacia la oportuna identificación de signos y síntomas sugerentes de dificultad respiratoria, y así, a modo de triage, dar seguimiento o canalizar en caso de ser necesario.

El propósito de la consulta fue crear un canal de comunicación con cada persona, crear un vínculo de confianza y compromiso para mantener las metas y control que hoy son la piedra angular del proyecto, no obstante, por razones anteriormente descritas, se llevó a cabo un método de consulta a distancia. Este método de consulta continuará mientras no cambien las condiciones de confinamiento, pero en este reporte se presentan los resultados obtenidos hasta el 30 de noviembre del 2020.

Características del Instrumento de evaluación a distancia:

El instrumento fue diseñado para el monitoreo clínico a distancia de personas con enfermedades crónicas, particularmente Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Tipo 2, durante la pandemia de COVID-19 en México.

Con el propósito de realizar de manera sistemática y ordenada la consulta clínica no presencial, vía telefónica de pacientes con enfermedad crónica, se busca que permita monitorear la situación de su padecimiento crónico; la valoración de posible contagio de COVID-19, así como el acompañamiento socio afectivo de la persona.

El instrumento está diseñado para que la entrevista telefónica se refiere a una consulta de seguimiento, en el primer nivel, de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, más que a una consulta de primera vez. De tal manera que no explora antecedentes que sí sería necesario indagar si se quiere emplearlo en una consulta de primera vez.

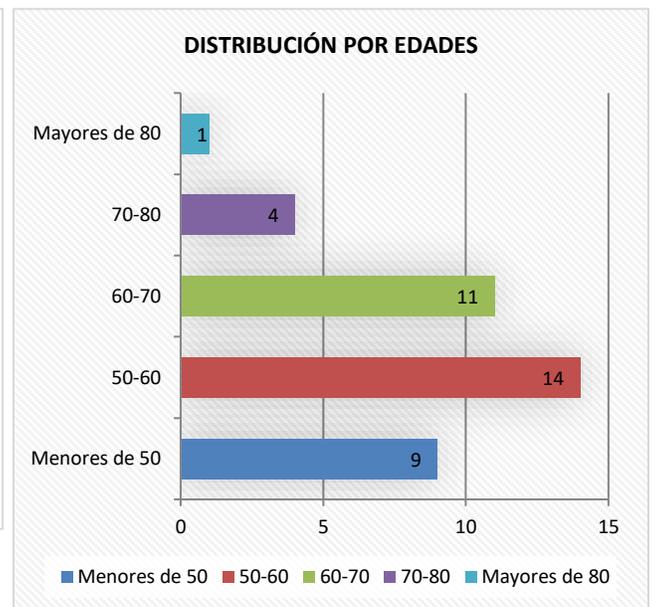
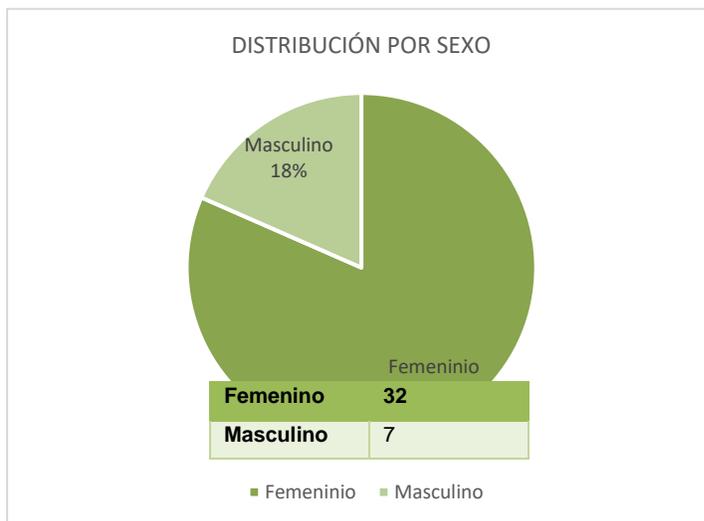
El instrumento considera que la consulta telefónica tenga una duración aceptable para la o el paciente, de alrededor de 30 minutos.

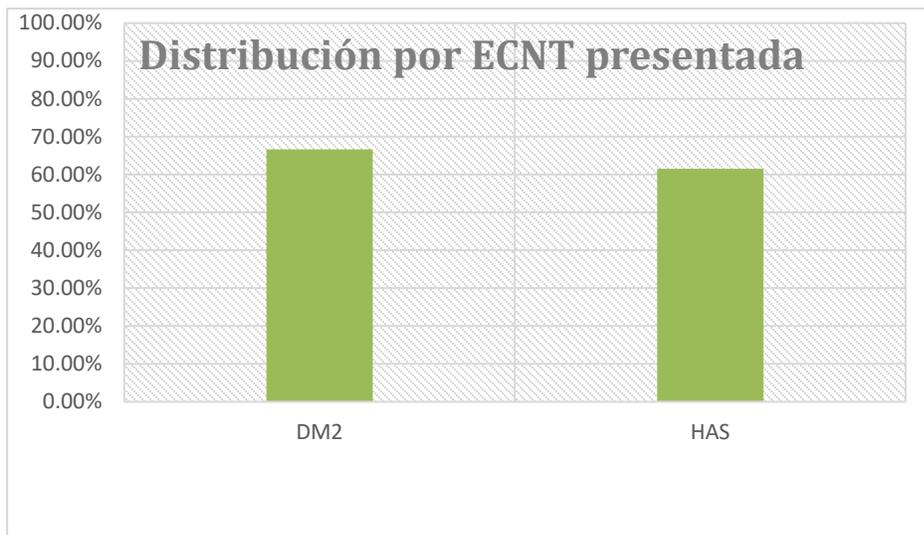
Finalmente, su diseño tiene como referente la Atención Centrada en la Persona desde un enfoque de capacidades⁵⁷ y, en consecuencia, el desarrollo del Autocuidado⁵⁸, estructurado de la siguiente manera dentro de sus apartados (Anexo 1):

- Título del Instrumento
- Instrucciones
- Datos de identificación de la persona
 - Situación actual de salud
- Situación clínica de la enfermedad o enfermedades crónicas
- Situación clínica respecto a posible contagio por COVID-19 y medidas de prevención
- Experiencia y expectativas de salud durante la epidemia de COVID-19
- Situación socio emocional y de salud mental
 - Impresión diagnóstica
 - Recomendaciones de actuación.

Resultados de la atención a distancia de mayo a noviembre 2020:

De acuerdo con los resultados obtenidos por medio de la consulta a distancia, con un total de 194 llamadas telefónicas realizadas entre los meses de mayo a noviembre del 2020, con un total de personas incluidas al proyecto a inicios del año pasado de 52, de los cuales 12 no fueron localizados en ese periodo y 1 falleció a causa de complicaciones respiratorias por SARS-CoV2. Se logró seguimiento a un total de 39 personas de las cuales 32 son mujeres y 7 hombres. Los rangos de edad varían desde los 21 hasta 84 años, con una media, mediana y moda de 57, además de mayor prevalencia en personas que padecen DMII (26) en comparación con HAS (24).





	Total	DM2	HAS
Porcentaje	100%	66.67%	61.50%
Personas	39	26	24

Con respecto al control metabólico, se consideró un mínimo de 3 mediciones aleatorias que cumplieran con las características de toma al inicio, mediados y final del estudio de seguimiento durante 7 meses (mayo-noviembre, 2020), observando un total de 19 personas para DMII y 22 para HAS que si cumplieran con lo antes descrito, de las cuales, únicamente 5 contaban con equipo propio (baumanómetro digital y/o glucómetro) y el resto acudieron a consultorio privado o recibieron apoyo de familiares, vecinos y amigos, quedando como incierto el control de quienes no fueron constantes al no contar con el mínimo necesario de tomas o equipo para considerar un adecuado control (5 para DMII y 1 para HAS) o bien, no tuvieron mediciones durante el periodo antes mencionado (2 para DMII y 1 para HAS), considerados estos últimos como descontrol. Finalmente mencionar que, durante todo el estudio, ninguna de las personas del proyecto presentó síntomas compatibles con descontrol metabólico relacionado a su padecimiento, requirió referencia u hospitalización por esta u otra causa no relacionada con COVID-19.



HAS	En control	Descontrolados
24	22	2



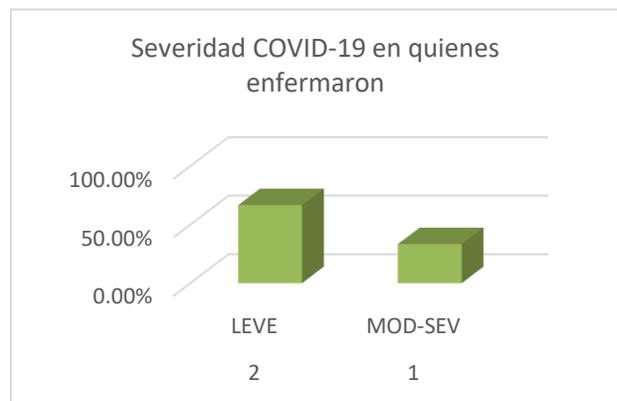
DM2	En control	Descontrolados
26	19	7

Total	3	2	1
		LEVE	MOD-SEV
		66.67%	33.33%

Por otra parte, durante la pandemia se reportaron un total de 3 casos de personas contagiadas por la COVID-

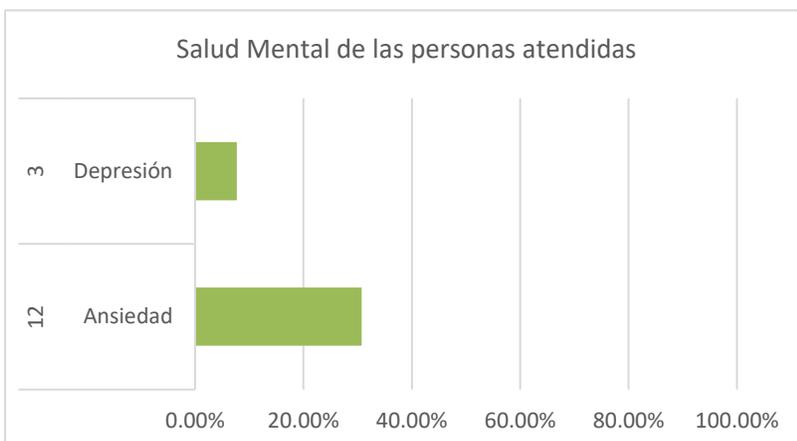
19, una de ellas con antecedente de HAS y DM2 de larga evolución en control y su familia (2 hijos adolescentes de 14 y 19 años además de su esposo) cursaron con enfermedad leve durante el mes de junio, sin requerir hospitalización ni uso de oxígeno a domicilio, evolucionando favorablemente y sin presentar secuelas. De los dos casos confirmados restantes que dieron lugar durante el mes de diciembre, una fue de 54 años con los antecedentes de Obesidad III, DMII de reciente diagnóstico e hipertrigliceridemia, cursando con enfermedad leve y resolviendo favorablemente y sin secuelas aparentes. El otro caso fue un masculino de 72 años, con los diagnósticos de HAS y DMII de larga evolución además de Enfermedad de Parkinson de reciente diagnóstico, neumopatía en estudio y enfermedad convulsiva en estudio, quien presentara enfermedad moderada desde el inicio, requiriendo hospitalización durante 10 días y falleciendo por complicaciones pulmonares secundarias a SARS-CoV2.

Es importante mencionar que el dos de los casos compartían la misma casa junto con 5 familias más, un total de 12 personas con espacios separados y sin condiciones de hacinamiento. Del total de habitantes de esa casa, 10 resultaron positivos con prueba confirmatoria y únicamente 2 negativos y asintomáticos.



En relación con lo anterior, del total de personas atendidas en la consulta telefónica, 8 resultaron tener contacto directo, incluso en casa, con personas confirmadas con COVID-19, de las cuales, únicamente 1 resultó de supuesto contagio al presentar síntomas 7 días después del diagnóstico de su familiar. Se trata del mismo caso mencionado anteriormente que resultó en fallecimiento.

Finalmente, en el apartado último del instrumento donde se valora la situación socio afectiva y salud mental, de acuerdo con la aplicación de inventario y encuesta para la detección de trastornos de ansiedad, depresivos sub-umbral y mayor, se logró identificar un total de 12 personas con ansiedad que únicamente requirieron seguimiento y 3 con depresión (2 sub-umbral y 1 mayor), requiriendo manejo farmacológico además de apoyo por parte del servicio de psicología anexo al MPPCS.



Total	39	12	3
		Ansiedad	Depresión
		30.76%	7.70%

Conclusiones

De acuerdo con la experiencia y los datos recabados a lo largo de 7 meses en atención a las personas incluidas en el Proyecto Urbano de Salud de la UAM-X en la modalidad a distancia vía llamada telefónica, se concluyen los siguientes puntos:

- Se logró contactar a un total de 39 personas del proyecto, equivalente al 75% del total original de 52, de los cuales 12 no pudieron ser contactados durante 3 llamadas consecutivas.
- En comparación con resultados de febrero 2020, el control de enfermedad disminuyó tanto para DMII como para HAS (82% en DMII y 96% en HAS vs 73% y 92% respectivamente) a partir de los resultados obtenidos por las llamadas telefónicas realizadas a cada persona del proyecto, muy probablemente como resultado de la falta de equipo para toma de mediciones en casa, la falta de atención presencial por medidas de contingencia y un adecuado plan de alimentación por la limitante de adquisición de productos adecuados para su consumo. Se requiere una valoración de indicadores séricos y de manera más estandarizada para Presión Arterial para corroborar el impacto de la pandemia sobre el estado de control de las enfermedades crónicas en esta población.
- El reforzamiento mes con mes de las medidas de protección en la comunidad de Volcanes durante las llamadas de seguimiento, permitió un favorable control de contagios, de tal manera que únicamente 3 personas resultaron positivas (1 en junio y 2 en diciembre 2020) conteniendo así la propagación dentro de la misma casa o bien, vecinos y familiares.
- El indicador más prevalente en la población estudiada, relacionado con la evaluación vía telefónica fue la ansiedad, probablemente relacionada a la cuarentena y el aislamiento social. De las personas evaluadas, 12 (30%) cursaron con un cuadro compatible, de las cuales 3 tuvieron datos francos de depresión y requirieron manejo farmacológico además de seguimiento por parte del equipo de psicología del proyecto.
- El seguimiento de las personas fue fundamental para brindar atención dadas las limitantes y circunstancias que no permitieron un adecuado abordaje clínico de sus padecimientos crónicos, pero, el impacto de forma positiva fue seguir sus ECNT, llevar a metas adecuadas indicadas por las guías mexicanas e internacionales, y finalmente otorgar adecuada y oportuna información sobre las medidas de contingencia para evitar contagios dentro de su entorno familiar y la comunidad.

Conclusiones del servicio social:

A lo largo de éste año de confinamiento, logré identificar que dentro de los objetivos de la realización de un servicio social es la retribución a la sociedad de todas las herramientas y habilidades adquiridas durante la formación académica que, sin una interacción presencial de forma tradicional, se extiende a otros campos de oportunidad, tales como el apoyo emocional y la orientación, en la medida de lo posible, sobre las distintas medidas de protección y un adecuado control de los padecimientos crónicos.

La formación de un médico gira en torno a los conocimientos y destrezas adquiridos, complementando sinérgicamente con el desarrollo de una personalidad laboral empática, resolutive a pesar de las limitantes y con un sentido de pertenencia y consciencia que se adecue al abordaje individual de cada escenario.

ANEXO 1:

Atención clínica telefónica para el monitoreo de personas con enfermedades crónicas confinadas en sus hogares durante la epidemia de COVID-19 en México.

Descripción del Instrumento:

Este documento contiene el instrumento diseñado para el monitoreo clínico no presencial de personas con enfermedades crónicas, particularmente Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Tipo 2, durante la pandemia de COVID-19 en México.

Las características particulares y el comportamiento en general de la pandemia, entre otras muchas consecuencias han implicado cambios en las modalidades de entrega de servicios de salud, como el paso de la consulta clínica cara a cara a la no presencial; en México, como en otros países, han sido habilitados centros de atención de llamadas relacionados con COVID-19. Existe evidencia científica que sugiere que la consulta médica en el primer nivel de atención es una alternativa apropiada a la consulta cara a cara en determinados escenarios, ; como puede ser el de la actual pandemia.

Por otra parte las enfermedades crónicas no transmisibles, como la Diabetes Mellitus Tipo 2 y la Hipertensión Arterial, entre otras, se han consituido en el principal problema de salud pública en México; de tal manera que esta situación aunada al hecho de que las personas aquejadas por estas enfermedades forman parte de los grupos de población con mayor riesgo de presentar complicaciones en el caso de que adquieran el COVID-19, hacen necesario implementar estrategias encaminadas a monitorearlas clínicamente, de manera tan integral como sea posible, desde sus propios hogares buscando que conserven un buen control de su enfermedad crónica y, a la vez, eviten el contagio por el coronavirus

Propósito:

Realizar de manera sistemática y ordenada la consulta clínica no presencial, vía telefónica, de pacientes con enfermedad crónica; que permita monitorear la situación de su padecimiento crónico; la valoración de posible contagio de COVID-19, así como el acompañamiento socio afectivo de la persona.

Características esenciales:

El instrumento permite recoger información específica y puntual para la valoración diagnóstica y toma de decisiones referidas a tres aspectos de la salud de las personas consultadas:

A. Situación clínica de la enfermedad o enfermedades crónicas

Las preguntas de este apartado están orientadas a la detección oportuna de la posible pérdida de control de la enfermedad, o enfermedades, la detección temprana de posibles complicaciones agudas, así como de la detección temprana de la aparición o exacerbación de complicaciones crónicas.

B. Situación clínica respecto a posible contagio por COVID-19 y medidas de prevención.

Incluye un conjunto de preguntas dirigidas a identificar la presencia o ausencia de enfermedad respiratoria sugerente de COVID-19; así como de la presencia o ausencia de prácticas personales y familiares de prevención de esta enfermedad.

C. Experiencia y expectativas de salud durante la epidemia de COVID-19.

A diferencia de las dos partes precedentes, este apartado está organizado como una entrevista breve; es decir, se trata de una guía semi estructurada de entrevista, con preguntas abiertas encaminadas a explorar la experiencia, la perspectiva y las emociones de la persona consultada relacionadas con el hecho de estar viviendo la epidemia de COVID-19 y las medidas de distanciamiento social.

El confinamiento en el hogar de las personas y sus familias como medida de contención de la epidemia que se ha adoptado en México, y en la mayoría de los países del mundo, puede generar alteraciones en las condiciones socio emocionales y de salud mental; es por ello que el instrumento incluye una sección para explorar esta condición.

Las decisiones diagnósticas y de actuación referidas a cada uno de los tres aspectos antes descritos se detallan en las secciones designadas como Impresión Diagnóstica y Recomendaciones de Actuación.

Requisitos:

1. El instrumento supone que la entrevista telefónica se refiere a una consulta de seguimiento, en el primer nivel, de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, más que a una consulta de primera vez. De tal manera que no explora antecedentes que sí sería necesario indagar si se quiere emplearlo en una consulta de primera vez.

2. El instrumento ha sido diseñado considerando que la consulta telefónica tenga una duración aceptable para la o el paciente, de alrededor de 30 minutos.

No obstante, es muy recomendable que al inicio de la consulta telefónica se advierta a la persona con enfermedad crónica de esta duración promedio para que tome las previsiones del caso.

3. El diseño del instrumento se ha hecho teniendo como referente la Atención Centrada en la Persona desde un enfoque de capacidades⁵⁹ y, en consecuencia, el desarrollo del Autocuidado⁶⁰. Por esta razón el Apartado C consiste en una guía de entrevista semiestructurada y dado que, además, incluye una sección sobre aspectos socio afectivos y de salud mental, es conveniente que el personal médico que realiza la entrevista esté familiarizado con esta atención centrada en la persona y en la perspectiva de que la atención clínica, además de los propósitos que tradicionalmente cumple, contribuya al desarrollo de la capacidad de autocuidado.

En consecuencia, conviene que el personal médico que realiza la consulta clínica vía telefónica esté preparado para establecer una relación de escucha atenta y comprensiva, dialógica e incluso de contención si fuera necesario.

Organización del Instrumento:

El instrumento consta de los siguientes apartados:

Título del Instrumento

Instrucciones

I. Datos de identificación de la persona

II. Situación actual de salud

A. Situación clínica de la enfermedad o enfermedades crónicas

B. Situación clínica respecto a posible contagio por COVID-19 y medidas de prevención

C. Experiencia y expectativas de salud durante la epidemia de COVID-19

Situación socio emocional y de salud mental

III. Impresión diagnóstica

IV. Recomendaciones de actuación.

Atención clínica telefónica para el monitoreo de personas con enfermedades crónicas confinadas en sus hogares durante la epidemia de COVID-19 en México.

Instrucciones

Está usted por iniciar la consulta clínica telefónica a una persona con alguna enfermedad crónica no transmisible, como Diabetes e Hipertensión Arterial, que está resguardada en su casa como medida de protección frente a la epidemia de COVID-19.

En caso de que no conozca este instrumento, por favor tómese su tiempo para familiarizarse con él antes de iniciar cualquier consulta.

El instrumento le permitirá explorar y valorar, de manera no presencial, la situación de salud de la persona con respecto a tres grandes aspectos:

A) Valoración clínica no presencial de enfermedades crónicas

B) Valoración clínica no presencial de probable contagio por COVID19 y de las medidas personales y familiares de prevención de contagio de esta enfermedad, y

C) Valoración de las experiencias y expectativas de salud de las personas consultadas frente a la epidemia de COVID-19; así como de la valoración de la situación socio afectiva y de salud mental que están viviendo.

Para cada uno de estos tres aspectos encontrará luego sendas secciones de Impresión Diagnóstica y de Recomendaciones para la Acción.

Por favor, asegúrese de registrar todas las respuestas requeridas en el instrumento.

REGISTRO DE LA CONSULTA MÉDICA TELEFÓNICA

Fecha:	Hora de inicio:	Hora de término:
Nombre y firma del Médico que entrevista:		
Consultorio:		

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA

Una vez que logre la comunicación vía telefónica con la o el paciente, haga su presentación, recordando además de su nombre y, en su caso, su institución de procedencia, el motivo de la llamada; explique brevemente el procedimiento a seguir; **informe que la duración de la consulta telefónica será de alrededor de 30 minutos y confirme que la persona está en disposición de atender la llamada.**

No olvide registrar toda la información requerida en esta guía

1. Nombre	
2. Dirección	
3. Teléfono fijo	
4. Teléfono celular	

5. Edad _____

6. Sexo: Femenino () Masculino ()

7. Estado civil:

Casado/Unión libre	
Viudo	
Divorciado	
Soltero	

8. ¿Actualmente en dónde está viviendo?

En casa	
---------	--

En casa de un familiar	
Otro (Especifique):	

9. ¿Con quién está viviendo? **(puede marcar más de una opción):**

Esposo(a)	
Hijos	
Vive solo	
Otros familiares	
Amigos	

10. ¿En general, cómo valora usted la relación que mantiene con las personas con quienes está viviendo actualmente?

- Buena casi todo el tiempo ()
 Regular: Con algunas dificultades ocasionales ()
 Mala: Con dificultades constantes ()

11. Enfermedades crónicas diagnosticadas y en manejo actualmente **(puede marcar más de una opción):**

Diabetes Mellitus	
Hipertensión Arterial	
Obesidad	
Dislipidemia	
Síndrome Metabólico	

II. SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD

A. SITUACIÓN CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD O ENFERMEDADES CRÓNICAS

El siguiente apartado está dirigido a recabar datos que permitan identificar si la persona en consulta telefónica tiene su enfermedad o enfermedades crónicas bajo control; así como reconocer datos de probables complicaciones agudas o exacerbación de complicaciones crónicas al momento de la entrevista telefónica.

Es necesario llevar un registro de síntomas sugerentes de infección, ya que las enfermedades infecciosas, aunadas a descompensación, incrementan el riesgo de presentar complicaciones que ameriten tratamiento intrahospitalario.

No olvidar que la atención de las personas con enfermedad crónica debe llevarse a cabo de manera integral; lo cual incluye, entre otras cosas, considerar la situación de bienestar, de salud mental, actividad física, control dietético y apego al tratamiento farmacológico.

Para las personas con Diabetes Mellitus

Ahora le voy a hacer preguntas relacionadas con la situación de su Diabetes:

	SÍ	No
12. ¿El día de hoy se midió la glucosa con glucómetro o en laboratorio?		
13. Si la respuesta anterior fue SÍ, ¿está en la meta de control menor a 126 mg/dL?		

A continuación, le haré unas preguntas sobre molestias o síntomas sugestivos de descontrol en las últimas dos semanas:

Síntomas	Sí	No
14. ¿Ha tenido más sed de lo normal?		
15. ¿Ha tenido más hambre de lo normal?		
16. ¿Ha notado pérdida de peso?		
17. ¿Ha tenido visión borrosa?		
18. ¿Ha tenido náusea y/o vómito?		
19. ¿Se ha sentido débil?		
20. ¿Ha sentido más sueño de lo normal?		
21. ¿Han comentado sus familiares que se encuentra adormilado y cuesta trabajo despertarlo?		
22. ¿Ha tenido mareo?		
23. ¿Ha tenido sudoración por las noches?		
24. ¿Ha tenido dolor abdominal?		
25. ¿Ha tenido dolor o ardor al orinar?		
26. ¿Ha tenido diarrea o estreñimiento?		
27. ¿Ha notado en sus pies cambios de coloración?		
28. ¿Ha tenido sensación de quemadura/ardor/hormigueo en sus pies que antes no tenía?		

Para las personas con Hipertensión Arterial Sistémica

Ahora le voy a hacer preguntas relacionadas con la situación de su Presión alta:

	Sí	No
29. ¿Se midió hoy la presión con un baumanómetro?		
30. Si la respuesta anterior fue Sí, ¿está en la meta de control menor a 130/90 mmHg?		

A continuación, le haré unas preguntas sobre molestias o síntomas sugestivos de descontrol de su hipertensión en las últimas dos semanas:

Síntomas	Sí	No
31. ¿Ha tenido dolor de cabeza?		
32. ¿Se han hinchado sus pies y o piernas más que anteriormente?		
33. ¿Ha tenido sensación opresiva o de dolor en el pecho?		
34. ¿Ha tenido dolor en sus piernas?		
35. ¿Se ha sentido desorientado?		
36. ¿Ha tenido más sueño de lo normal?		
37. ¿Ha tenido dificultad para entender cuando le hablan sus familiares?		
38. ¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras?		
39. ¿Ha tenido dificultad para mover algún lado de su cuerpo?		
40. ¿Ha notado que su cara tenga parálisis en alguno de sus lados?		

ALIMENTACIÓN

A continuación, le haré unas preguntas sobre su alimentación en las últimas dos semanas:

	Sí	No
41. ¿Está comiendo al menos tres veces al día?		
42. ¿Está comiendo verduras en al menos una de las comidas que hace?		
43. ¿Está comiendo fruta en al menos una de las comidas que hace?		

44. ¿Ha evitado alimentos altos en contenido de azúcares como refrescos o alimentos dulces?		
45. ¿Ha evitado alimentos con alto contenido de sal como embutidos, enlatados o cubos de consomé?		
46. ¿Ha preferido alimentos cocidos o asados a los alimentos fritos?		
47. ¿Ha tenido dificultades para realizar una alimentación saludable?		

ACTIVIDAD FÍSICA

A continuación, le haré unas preguntas sobre su actividad física en las dos últimas semanas:

	Sí	No
48. ¿Está realizando actividad física?		
49. ¿Hace al menos 30 minutos de actividad física 4 días a la semana?		
50. ¿Ha tenido dificultades para realizar ejercicio en su casa?		

MEDICAMENTOS

51. Pregunte y anote los medicamentos que toma la persona actualmente:

Medicamento	Dosis	No. de tomas al día

Ahora le haré unas preguntas respecto a la toma de sus medicinas en las dos últimas semanas:

	Sí	No
52. ¿Se ha olvidado alguna vez de tomar su medicina?		
53. ¿Ha dejado de tomar sus medicinas por cualquier razón?		
54. Si ha llegado a sentirse mal por tomar la medicina, ¿deja de tomarla?		
55. ¿Cuenta con suficiente medicamento para el siguiente mes?		
56. ¿Tiene posibilidades de conseguirlos por su cuenta o comprarlos?		

Interrogue y anote otras enfermedades crónicas que pudiera tener la persona entrevistada, especifique:

57. Enfermedad	Sí	No	En tratamiento	
			Sí	No
Reumáticas				
Cardiovasculares				
Neumopatías				
Nefropatías				
Hepatopatía				
Neuropsiquiátricas				
Dermatológicas				
Hematológicas				

58. ¿Qué medicamentos no tiene disponibles o no tiene posibilidad de conseguir?

Medicamento	No está disponible	No tiene posibilidades de conseguir

B. SITUACIÓN CLÍNICA RESPECTO A POSIBLE CONTAGIO POR COVID-19 Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN

El siguiente apartado tiene la finalidad de recoger información para la valoración diagnóstica del posible contagio por COVID-19.

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre su salud con respecto a la enfermedad COVID 19:

	Sí	No
59. ¿El día de hoy se encuentra usted con fiebre, tos, catarro o algún otro dato de enfermedad respiratoria?		

Si la persona refiere datos de enfermedad respiratoria, realizar el siguiente interrogatorio:

	Sí	No
60. ¿Inició su primer síntoma en algún momento dentro de las últimas 2 semanas?		
61. ¿Ha tenido temperatura superior a 38°C?		
62. Si la respuesta anterior es sí, ¿la fiebre ha durado más de 5 días?		
63. ¿Ha tenido tos que dure más de 5 días?		
64. ¿Se ha sentido más cansado que en días anteriores sin que haya hecho alguna actividad física que justifique el cansancio?		
65. ¿Le cuesta trabajo respirar o mantener la respiración?		
66. ¿Ha escuchado algún silbido mientras respira?		
67. ¿Ha sentido opresión o dolor en el pecho?		
68. ¿Ha notado que sus labios o dedos se tornen morados o azules?		
69. ¿Ha dejado de hacer alguna actividad que normalmente hacía porque se fatiga y le falta el aire?		
70. ¿Ha estado en contacto con alguna persona confirmada de Covid-19 en los últimos 14 días?		
71. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas acompañantes: congestión nasal, ardor o comezón en los ojos, dolor muscular, dolor en articulaciones, cefalea, diarrea, disminución del apetito?		

Si la persona respondió Sí a la presencia de fiebre de 38° C o más, de tos y de dificultad respiratoria vaya a las secciones correspondientes de Impresión Diagnóstica y Recomendaciones de actuación.

Es probable que la persona haya adquirido COVID-19 y debe ser atendida en hospital COVID

Si la persona no presenta datos sugerentes de haber adquirido COVID-19, continúe preguntando acerca de las medidas de protección que ha seguido en las últimas dos semanas:

Ahora le voy a hacer algunas preguntas relacionadas con medidas de protección de usted y de las personas con las que actualmente está viviendo para evitar contagiarse de COVID-19:

	Sí	No
72. ¿Usted ha permanecido en casa todo el tiempo?		
73. Si la respuesta anterior es No: ¿Tiene usted que salir a adquirir lo necesario (alimentos, productos de limpieza, medicamentos) o continúa trabajando?		
74. ¿Se lava las manos con frecuencia? (al preparar alimentos, antes de comer, después de limpiarse la nariz, toser o estornudar, después de ir al baño).		
75. ¿Al toser o estornudar: utiliza el ángulo interno del codo y o usa pañuelo desechable?		
76. Si recibe visitas en su casa: ¿Mantiene su sana distancia, aproximadamente 1.5 metros, de las personas que le visitan?		
77. ¿Al saludar a sus familiares lo hace con un abrazo o besos?		
78. ¿Una o más de las personas que actualmente viven con usted están saliendo de casa a trabajar o a adquirir lo necesario (alimentos, medicamentos, artículos de limpieza)?		
79. La persona o personas que salen de casa: ¿cuándo vuelven están llevando a cabo las medidas básicas de protección? (Lavado de manos, higiene respiratoria, distanciamiento social, evita tocarse cara, nariz y boca).		

De acuerdo con las respuestas del bloque anterior: Refuerce o recomiende a la persona las medidas de protección que conviene llevar a cabo para prevenir la infección por coronavirus: Lavado de manos, higiene respiratoria, distanciamiento social, evitar tocarse la cara.

C. EXPERIENCIA Y EXPECTATIVAS DE SALUD DURANTE LA EPIDEMIA DE COVID-19

Este apartado está dirigido a identificar las experiencias que la persona entrevistada está viviendo respecto a la epidemia de COVID 19 dada su condición de persona que vive con enfermedad crónica y sus expectativas de vida y de salud una vez que pase la actual contingencia por dicha epidemia. Así mismo contiene una sección orientada a explorar la posible presencia de alteraciones psicosociales y de salud mental

La parte dedicada a experiencias y expectativas está integrada por preguntas abiertas; se trata de una guía de entrevista semiestructurada, por lo que se recomienda alentar a que la persona se exprese de manera libre y tan amplia como considere necesario.

Anote una síntesis de las respuestas a cada una de las preguntas siguientes:

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre la experiencia que usted está viviendo en esta epidemia de COVID-19; por favor, siéntase con la confianza de responder tan ampliamente como considere necesario:

80. Por favor, platíqueme un poco: ¿Cómo está viviendo la experiencia de tener que quedarse en casa por la epidemia de COVID-19?

arle con

81. ¿Cómo se están organizando usted y las personas con las que vive actualmente para ayudarle con sus actividades diarias?; por ejemplo, ¿cómo hacen sus compras?

82. ¿Se encuentra especialmente preocupado por la epidemia de COVID-19 y las consecuencias que pueda tener en el tratamiento y seguimiento de sus padecimientos crónicos?

83. ¿Tiene alguna otra preocupación, ya sea personal o familiar, relacionada con la epidemia de COVID-19?

84. ¿Cómo espera que sea su vida y la de las personas con las que actualmente vive cuando pase la contingencia por la epidemia de COVID-19?

SITUACIÓN SOBRE AFECTOS Y EMOCIONES

En situaciones excepcionales, como la actual contingencia por la epidemia de COVID-19 las personas con enfermedades crónicas pueden sentirse más preocupadas por sus enfermedades de lo que normalmente se sienten; e incluso, como sus actividades se han restringido, pueden pasar por periodos de ansiedad, estrés, irritabilidad, angustia o miedo, por lo que es importante reconocer estas situaciones y el manejo que de ellas están haciendo las personas.

Cuestionario para Depresión (PHQ9)

Ahora voy a hacerle algunas preguntas respecto a sus emociones relacionadas con su experiencia frente a la epidemia de COVID-19:

85. Cuanto tiempo durante la semana pasada...

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
	0	1	2	3
1. ¿Sintió tener poco interés o placer en hacer las cosas?				
2. ¿Se sintió desanimado, deprimido, o sin esperanza?				
3. ¿Tuvo problemas para dormir o durmió demasiado?				
4. ¿Se sintió cansado o con poca energía?				
5. ¿Sintió tener poco o demasiado apetito?				
6. ¿Se sintió mal consigo mismo, pensó que usted es un fracaso o que le ha fallado a su familia?				
7. ¿Tuvo dificultad en concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar la televisión?				
8. ¿Notó que se movía tan lentamente o hablaba tan despacio que las otras personas pudieran haberlo notado, o lo contrario—estuvo inquieto(a) o impaciente y se movió mucho más de lo usual?				
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera				

Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

Nada en absoluto	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

III. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Relación Médico – Persona

Anote las respuestas a las siguientes preguntas al momento de terminar la consulta telefónica

La persona consultada por teléfono:

	Sí	No
86. ¿Había preparado una lista de preguntas para su médico?		
87. ¿Hizo preguntas acerca de cosas específicas que quería saber sobre su enfermedad crónica y o sobre la epidemia de COVID-19?		
88. ¿Hizo preguntas de las cosas que no entendía respecto a su tratamiento?		
89. Si los reconoció, ¿comentó problemas personales y o familiares relacionados con su enfermedad crónica y o con respecto a la situación que está viviendo por la epidemia de COVID-19?		
90. ¿La persona tiene la información necesaria y la confianza para buscar ayuda en caso de ser necesario?		

Enfermedades crónicas:

A partir de las preguntas realizadas en el apartado para evaluar la situación de las enfermedades crónicas de los pacientes se clasificará el estado de control de las mismas:

	Sí	No
91. La enfermedad o enfermedades se encuentran controladas y/o la persona está asintomática (si no se cuenta con cifras)		
92. Cuenta con cifras de glucosa o de presión arterial fuera de la meta de control pero sin síntomas de descontrol		
93. Cuenta con cifras de glucosa o de presión arterial fuera de la meta de control y tiene síntomas de descontrol		
94. Cuenta con datos de posible complicación aguda		

COVID-19

A partir de las preguntas realizadas en el apartado para evaluar posible contagio por COVID se clasificará la probable situación del siguiente modo:

	Sí	No
95. Tiene datos clínicos sugestivos de COVID-19		
96. Tiene datos de dificultad respiratoria (disnea, cianosis, dolor en el pecho, sibilancias o estertores)		
97. Tiene datos clínicos de infección de vías respiratorias no sugestivo de COVID-19 y sin complicación respiratoria		

Situación Socio afectiva y de Salud mental

Califique como probable:	
Trastorno depresivo (Depresión mayor)	Si hay por lo menos 5 enunciados con respuestas de "más de la mitad de los días" o "casi todos los días", Y al menos uno de los enunciados positivos corresponde al 1 o 2
Trastorno depresivo subumbral (Depresión menor):	Si hay por lo menos 2 a 4 enunciados con respuestas de "más de la mitad de los días" o "casi todos los días" Y al menos uno de los ítems positivos corresponde al 1 o 2.

IV. RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN

Conforme a las impresiones diagnósticas establecidas en cada uno de los tres aspectos considerados de la situación de salud de la persona entrevistada proceda, en cada caso, conforme a las siguientes recomendaciones:

Relación Médico - Persona

Siempre aliente la persona con enfermedad crónica a identificar las dudas que tiene respecto a su enfermedad, la epidemia de COVID-19 y los problemas y emociones que esté experimentando a partir de esta situación. Hágale saber que puede llamar al médico que lo atiende siempre que lo crea necesario durante la contingencia.

Enfermedades crónicas:

SITUACIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA	ACCIÓN A SEGUIR
98. Controlada	Reafirme la importancia del tratamiento farmacológico y no farmacológico.
99. Descontrolada pero asintomática	Insista en la importancia de la alimentación saludable y actividad física de acuerdo a las condiciones de la persona. Corrobore el uso correcto de medicamentos. Ajuste medicamento de ser necesario. Programa nueva consulta telefónica en 1 mes
100. Fuera de control con síntomas de descontrol	Refiera a atención presencial en servicio médico que no sea centro de atención COVID-19
101. Datos de posible complicación aguda	Indique Acudir de inmediato a un hospital de acuerdo con su situación (cuenta o no con) seguridad social.

COVID-19

SITUACIÓN	ACCIÓN A SEGUIR
102. Tiene datos clínicos sugestivos de COVID-19	Indique llamar a los teléfonos: 800 0044 800 o al 55 56 58 11 11 En el caso de la Ciudad de México mandar un mensaje de texto al 51515 con la palabra "covid19" (se responderá un breve cuestionario y de ser necesario las autoridades lo contacten). Programa consulta de seguimiento de esta situación en 24 horas.
103. Tiene datos de dificultad respiratoria	Indique acudir de inmediato a hospital COVID-19 . En el caso de la Ciudad de México y área conurbada: Utilizar la APP CDMX, o llamar al 55 56 58 11 11. Si por algún motivo, el paciente no sabe o no puede usar la aplicación o teléfono enviar al hospital COVID más cercano de acuerdo con la página: https://hospitales.covid19.cdmx.gob.mx/public/hospitales/EstatusHospitales.xhtml

	<p>Para otras entidades federativas consultar el directorio en Línea Directa COVID-19: https://coronavirus.gob.mx/contacto/#directorio</p> <p>Realice llamada de seguimiento de esta situación en 24 horas.</p>
104. Tiene datos clínicos de infección de vías respiratorias no sugestivo de COVID-19	<p>Indique llamar a los teléfonos: 800 0044 800 o al 55 56 58 11 11</p> <p>O mandar un mensaje de texto al 51515 con la palabra "covid19" (se responderá un breve cuestionario y de ser necesario las autoridades lo contacten).</p> <p>Realice llamada de seguimiento de esta situación en 24 horas.</p>

Situación socio afectiva

SITUACIÓN	ACCIÓN A SEGUIR
105. No califica para Trastorno Depresivo	<p>Alentar a mantener medidas de autocuidado de la enfermedad crónica y de protección de la epidemia</p> <p>Motivar a que la persona y con quienes vive actualmente mantengan la convivencia saludable</p> <p>Si la persona puede hacerlo, sugerir que visite el sitio https://coronavirus.gob.mx/salud-mental/ donde encontrarán distintos recursos de ayuda psicosocial.</p>
106. Califica para Trastorno depresivo (Depresión Mayor)	<p>Explique que es normal que la situación de contingencia provoque emociones de preocupación o desánimo. El miedo, la confusión, el enojo, la tristeza, el estado de hiperalerta, entre otras, son respuestas "normales" en situaciones "anormales" como la que estamos viviendo.</p> <p>Sin embargo, cuando estas emociones y conductas escapan a nuestro control, se prolongan en el tiempo y crean sufrimiento mayor, es mejor recibir ayuda profesional.</p> <p>Indique llamar a la línea de vida 800 911 2000</p> <p>El Instituto Nacional de Psiquiatría puso a disposición de las personas en general los números:</p> <p>800 953 17 04 y 5655 3080</p> <p>Para atender cualquier crisis emocional o situación de urgencia debida al COVID-19</p> <p>Recuerde mantener una relación empática, comprensiva con la persona. Evite hacer expresiones amenazantes o críticas; de sorpresa o sobrecogimiento. No emita juicios morales. Evite mofarse, desestimar o culpar al paciente por lo que está viviendo. No haga falsas promesas (no diga algo que no va a poder cumplir).⁶¹</p> <p>El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez atiende urgencias psiquiátricas.</p>

	<p>Teléfono: 5487 4299 Extensiones: 23874, 23886 y 23992</p> <p>Realice consulta telefónica de seguimiento a las 24 horas.</p>
<p>107. Califica para Trastorno Depresivo subumbral (Depresión menor)</p>	<p>Explique que es normal que la situación de contingencia provoque emociones de preocupación o desánimo. El miedo, la confusión, el enojo, la tristeza, el estado de hiperalerta, entre otras, son respuestas “normales” en situaciones “anormales” como la que estamos viviendo.</p> <p>Sin embargo, cuando estas emociones y conductas escapan a nuestro control, se prolongan en el tiempo y crean sufrimiento mayor, es mejor recibir ayuda profesional.</p> <p>Indique llamar a la línea de vida 800 911 2000 en caso de que requiera ayuda profesional</p> <p>Sugiera a la persona que, si puede hacerlo, visite el sitio https://coronavirus.gob.mx/salud-mental/ donde encontrarán distintos recursos que le ayudarán a mantener una adecuada salud mental.</p> <p>El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz también cuenta con recursos para ayudar a las personas en la prevención y autoayuda en el ámbito de la salud mental, incluyendo técnicas de autocuidado, de respiración, relajación muscular y ayuda para depresión, entre otros: http://www.inprf.gob.mx/</p> <p>Acuerde consulta telefónica de seguimiento en dos semanas.</p>

Referencias:

-
- ¹ SSA. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención. México: SSA. 2008.
- ² SSA. Detección y estratificación de factores de riesgo cardiovascular. México: SSA. 2010.
- ³ American Diabetes Association. In Standards of Medical Care in Diabetes 2016. Diabetes Care 2016;39(Suppl. 1): S72–S80
- ⁴ Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases 2012–2016. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/publications/2012/action-plan-for-implementation-of-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-ofnoncommunicable-diseases-20122016>).
- ⁵ Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>).
- ⁶ Health in 2015: from MDGs to SDGs. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/>).
- ⁷ Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action (N.o 1). (2020, abril). JMIR. <https://doi.org/10.2196/18810>
- ⁸ Ríos V, Gasca A, Franco M, Tolentino ML. Evaluación del control de enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel de atención. Una experiencia de vinculación docencia servicio. En: O. Nájera, Castillejos M, L Ortiz (Coords.). La atención a la salud como objeto de estudio. Experiencias de vinculación investigación-servicio-docencia. México: UAM –Xochimilco. Pp. 41-52
- ⁹ Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness. Effective Clin Practice. 1998; 1(1):2-4
- ¹¹ Report of novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan City. Wuhan Municipal Health Commission, 2020 (<http://wjw.wuhan.gov.cn/front/web/showDetail/2020012009077>).
- ¹² A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China 2019. Na Zhu, Ph.D and Cols, NEJM. January 24th 2020.
- ¹³ *Secretaría de Salud. Aviso Preventivo de Viaje a China por Infección Respiratoria por Nuevo Coronavirus (2019-nCoV). Consultado el 25 de enero de 2021*
- ¹⁴ Report of clustering pneumonia of unknown etiology in Wuhan City. Wuhan Municipal Health Commission, 2019. (<http://wjw.wuhan.gov.cn/front/web/showDetail/2019123108989>).
- ¹⁵ WHO. Influenza-Like Illness in the United States and Mexico. [monografía en Internet] 1 de Marzo 2020.
- ¹⁶ La OMS eleva la alerta por pandemia de influenza a la fase 5 Archivado en: Fuentes oficiales, Noticias — Infomed. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

-
- ¹⁷ Secretaría de Salud. Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de enfermedad por 2019-ncov.
- ¹⁸ La OMS eleva la alerta por pandemia de influenza a la fase 5 Archivado en: Fuentes oficiales, Noticias — Infomed. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
- ¹⁹ A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China 2019. Na Zhu, Ph.D and Cols, NEJM. January 24th 2020.
- ²⁰ A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China 2019. Na Zhu, Ph.D and Cols, NEJM. January 24th 2020.
- ²¹ Report of novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan City. Wuhan Municipal Health Commission, 2020 (<http://wjw.wuhan.gov.cn/front/web/showDetail/2020012009077>).
- ²² CONAVE /03/ 2020/2019-nCoV
- ²³ Nextstrain. Filogenia de los Beta coronavirus tipo SARS. Consultado el 18 de enero de 2020. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nuevo Coronavirus. Brotes y emergencias Consultado el 30 de enero de 2020
- ²⁴ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Actualización Epidemiológica Nuevo coronavirus (2019- nCoV) Consultado el 25 de enero 2021, Disponible en: <https://tinyurl.com/vklpw58>.
- ²⁵ Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action (N.o 1). (2020, abril). JMIR. <https://doi.org/10.2196/18810>
- ²⁶ Edirippulige S, Levandovskaya M, Prishutova A. A qualitative study of the use of Skype for psychotherapy consultations in the Ukraine. *J Telemed Telecare* 2013; 19(7): 376–378.
- ²⁷ Newhouse N, Lupiáñez-Villanueva F, Codagnone C, Atherton H. Patient use of email or WhatsApp for health care communication purposes across 14 European countries: an analysis of users according to demographic and health-related factors. *J Med Internet Res* 2015; 17(3): e58.
- ²⁸ Rhodan M. Saving U.S. health care with Zoom. Lawmakers and proponents of telemedicine have begun exploring how technology can improve the health care system in the wake of Obamacare.
- ²⁹ Scharwz F, Ward J, Willcock S. E-health readiness in outback communities: an exploratory study. *Rural Remote Health* 2014; 14(3): 2871.
- ³⁰ Campbell JL, Fletcher E, Britten N, et al. Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): a cluster-randomised controlled trial and cost-consequence analysis. *Lancet* 2014; 384(9957): 1859–1868.
- ³¹ Department of Health/NHS England. Transforming primary care: Safe, proactive, personalised care for those who need it most. 2014
- ³² Atherton H, Sawmynaden P, Sheikh A, et al. Email for clinical communication between patients/caregivers and healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;
- ³³ Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev* 2004. 4: CD004180.

-
- ³⁴ Zhou YY, Kanter MH, Wang JJ, Garrido T. Improved quality at Kaiser Permanente through e-mail between physicians and patients. *Health Aff* 2010; 29(7): 1370–1375
- ³⁵ Palen TE, Ross C, Powers J, Xu S. Association of online patient access to clinicians and medical records with use of clinical services. *JAMA* 2012; 308(19): 2012–2019
- ³⁶ British Medical Association. Developing general practice today: Providing healthcare solutions for the future. 2013. <http://healthwatchhillingdon.org.uk/wp-content/uploads/downloads/2013/11/BMA-Developing-General-Practicereport.pdf>
- ³⁷ Royal College of General Practitioners. Patient access to general practice: ideas and challenges from the front line. 2015. <http://www.rcgp.org.uk/policy/~media/Files/Policy/A-Z-policy/Patient-access-to-general-practice-2015.ashx> (accessed 27 Apr 2016).
- ³⁸ Hanna L, May C, Fairhurst K. The place of information and communication technology-mediated consultations in primary care: GPs' perspectives. *Fam Pract* 2012; 29(3): 361–366.
- ³⁹ Hanna L, May C, Fairhurst K. Non-face-to-face consultations and communications in primary care: the role and perspective of general practice managers in Scotland. *Inform Prim Care* 2011; 19(1): 17–24.
- ⁴⁰ Neville RG, Marsden W, McCowan C, et al. A survey of GP attitudes to and experiences of email consultations. *Inform Prim Care* 2004; 12(4): 201–206.
- ⁴¹ LeRouge, Cynthia. (2002, enero). Quality Attributes in Telemedicine Video Conferencing (N.o 1). Proceedings of the 35th Hawaii International Conference on System Sciences. <https://doi.org/10.1109/HICSS.2002.994132>
- ⁴² Vidal-Alaball, J.; Franch-Parella, J.; Lopez Seguí, F.; Garcia Cuyàs, F.; Mendioroz Peña, J. Impact of a Telemedicine Program on the Reduction in the Emission of Atmospheric Pollutants and Journeys by Road. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16, 4366.
- ⁴³ Lee TJ, Guzy J, Johnson D, Woo H, Baraff LJ. Caller satisfaction with after-hours telephone advice: nurse advice service versus on-call pediatricians. *Pediatrics* 2002;110:865–72
- ⁴⁴ Knowles PJ, Cummins RO. ED medical advice calls: who calls and why? *J Emerg Nurs* 1984;10:283–
- ⁴⁵ Bali, S., & Singh, A. J. (2007). Mobile phone consultation for community health care in rural north India. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 13(8), 421–424. doi:10.1258/135763307783064421
- ⁴⁶ Hallam L. Access to general practice and general practitioners by telephone: the patient's view. *Br J Gen Pract* 1993;43:331–5
- ⁴⁷ Chang BL, Mayo A, Omery A. Consumer satisfaction with telehealth advice-nursing. *Medinfo* 2001;10:1435–9
- ⁴⁸ Wasson J, Gaudette C, Whaley F, Sauvigne A, Baribeau P, Welch HG. Telephone care as a substitute for routine clinic follow-up. *JAMA* 1992;267:1788–93
- ⁴⁹ Fatovich DM, Jacobs IG, McCance JP, Sidney KL, White RJ. Emergency department telephone advice. *Med J Aust* 1998;169:143–616 Yanovski SZ, Yanovski JA, Malley JD, Brown RL, Balan DJ
- ⁵⁰ Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19. 18 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/file/60862/download?token=jy-TqZW6>

-
- ⁵¹ Ofri, D. (2009). The Emotional Epidemiology of H1N1 Influenza Vaccination. *New England Journal of Medicine*, 361(27), 2594–2595. doi:10.1056/nejmp0911047
- ⁵² Acute Stress, Depressive Symptoms, and Sleep Disturbances in Medical Staff Treating Patients with COVID-19. (2020). *Psychosociological Issues in Human Resource Management*, 8(2), 57. //doi.org/10.22381/pihrm8220206
- ⁵³ Conversano, C. (2019). Psychological common factors in chronic diseases. *Frontiers in Psychology*, 10, 2727. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.02727
- ⁵⁴ Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- ⁵⁵ Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*. doi:10.1016/s2215-0366(20)30073-0.
- ⁵⁶ Ho, C. S., Chee, C. Y., & Ho, R. C. (2020). Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 49 (1), 1
- ⁵⁷ Entwistle V, Watt I. Treating patients as persons: A capabilities approach to support delivery of person-centered care. *The American Journal of Bioethics*. 2013;13(8):29-39
- ⁵⁸ Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, Costa U, Janquart S, Senn D, De Vriendt P. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open* 2019;9:e027775. doi:10.1136/bmjopen-2018-027775. Disponible en <https://bmjopen.bmj.com/content/9/7/e027775>