



CONCLUSIONES:

1. La gripe AH1N1 es una infección muy contagiosa, similar a la gripe estacional, pero de carácter leve, con una severidad del mismo orden de magnitud o discretamente inferior a la gripe estacional
2. El diagnóstico de caso sospechoso exige la instauración aguda o brusca (< 24 horas) de fiebre >38°C y tos acompañado de otros síntomas relacionado frecuentemente con la infección gripal.
3. La necesidad de valoración clínica presencial quedaría limitada a los pacientes con signos o síntomas de enfermedad grave, aquellas personas con alto riesgo de sufrir complicaciones por la influenza o los pacientes que muestran un empeoramiento durante el seguimiento clínico.
4. Los pacientes con sospecha de infección por el virus AH1N1 valorados clínicamente deberán tener registrados al menos la temperatura axilar o rectal, pulso, presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria. Se recomienda medición de la saturación de oxígeno en sangre mediante pulsioximetría y la auscultación pulmonar en pacientes con signos o síntomas de dificultad respiratoria u otros signos de gravedad, pacientes pertenecientes a los grupos de riesgo de complicaciones o ante el empeoramiento del cuadro
5. En el momento actual de evolución de la pandemia de gripe, la obtención de muestras clínicas debe limitarse a los casos graves de infección por el virus A (H1N1) que requieren hospitalización o la presencia de neumonía.
6. El seguimiento clínico debe realizarse teniendo en cuenta la previsible evolución de la enfermedad, evitando la realización de controles clínicos innecesarios. Se recomienda una valoración telefónica al 3º y 7º día en los pacientes no complicados que pertenecen a los grupos de alto riesgo de complicaciones y a los dados de alta desde el hospital.
7. Requerirán una valoración hospitalaria los pacientes con sospecha de infección por el virus H1N1 que sufran un empeoramiento o reagudización de una enfermedad crónica o grave subyacente y aquellos que presentes signos o síntomas clínicos indicativos de gravedad (inestabilidad hemodinámica), normalmente relacionados con la presencia de una complicación.
8. La decisión sobre el tratamiento en la infección por el virus AH1N1 en un paciente determinado debe basarse en su estado clínico. En este sentido se debería tratar con antivirales a los pacientes con criterios de gravedad clínica previamente sanos y a los que pertenezcan a los llamados grupos de alto riesgo de complicaciones.
9. No se aconseja el uso de la profilaxis con antivirales como tratamiento preventivo.



10. La vacuna frente al nuevo virus AH1N1 deberá indicarse en los mismos grupos de riesgo que la estacional incluyendo a los pacientes con obesidad mórbida. Posteriormente deberá continuarse la vacunación de aquellas personas no vacunadas anteriormente y en los que la vacunación pueden considerarse necesaria por ser cuidadores o convivientes de personas de riesgo.
11. Las vacunas pandémicas utilizadas en nuestro país la actualidad, han sido producidas mediante un modelos “Mock-up pandemic vaccines” y han seguido los mismos criterios técnicos de calidad, eficacia y seguridad con los que las Agencias de Medicamentos emiten la autorización nacional de cualquier medicamento.
12. Existen suficientes datos procedentes de estudios para descartar problemas de seguridad con el uso los adyuvantes y conservantes empleados en su elaboración de las vacunas pandémicas.
13. Los estudios de seguridad realizados en los diferentes grupos de población con las vacunas pandémicas muestran un perfil aceptable. Los efectos secundarios notificados después de la vacunación con vacunas pandémicas, coinciden con la gama de efectos secundarios observados con las vacunas estacionales
14. En embarazadas existen datos sobre la seguridad de las vacunas estacionales inactivadas no adyuvadas. No se recomiendan las vacunas atenuadas.
15. Los servicios sanitarios deben estar preparados para dar respuesta al previsible incremento de la demanda asistencial que se va a producir.
16. Dadas las características de la enfermedad y al igual que en otras epidemias, los servicios de Atención Primaria (AP) deberán asumir el papel principal de coordinación de la asistencia a estos pacientes. Es imprescindible establecer medidas organizativas y asistenciales acompañadas del incremento de los recursos materiales y humanos que sean necesarios para poder asumir este aumento de la demanda asistencial.
17. Es preciso potenciar la atención clínica telefónica desde los centros de salud. En la mayoría de los pacientes la enfermedad va a seguir un curso leve y autolimitado. La atención telefónica por personal sanitario, evitaría los desplazamientos innecesarios en los pacientes sin criterios de gravedad o factores de riesgo a los centros asistenciales o de los profesionales a los domicilios de los pacientes.
18. Una de las funciones claves de la AP es la de reorientar el flujo de pacientes tanto internamente como en su adecuada derivación al hospital. Todos los centros deben establecerse sistemas de triage no presenciales y presenciales que permitan clasificar adecuadamente a los pacientes en los que participe el conjunto de los profesionales del centro de salud.



19. El triage y consejo telefónico debe ir orientado a la vigilancia y autocuidado responsable.
20. La valoración clínica presencial se recomienda para pacientes enfermedad grave, con alto riesgo de sufrir complicaciones o con empeoramiento/no mejoría del cuadro durante el seguimiento clínico
21. La atención domiciliaria debe reservarse para los pacientes con síntomas de gravedad que no pueden desplazarse al centro.
22. El seguimiento activo se extiende a los pacientes con factores de riesgo que se han remitido al domicilio por no presentar un cuadro clínico complicado y los pacientes hospitalizados o atendido en urgencias por presentar un cuadro grave que se han remitido al domicilio.
23. El riesgo de infección, por el virus de la influenza tipo AH1N1 y otras epidemias de virus respiratorios, puede disminuirse mediante una combinación de medidas consistentes en el empleo de barreras contra la transmisión respiratoria, el aislamiento y las medidas higiénicas y ambientales.
24. Ante un incremento de la demanda un 20 y un 30% en los CS son necesarias unas medidas organizativas en los centros, para hacer más eficiente la atención clínica:
 - a. Aumentar los recursos de personal sanitario y no sanitario con nuevas contrataciones
 - b. Establecer agendas diferenciadas y/o monográficas para la actividad de triage, atención sanitaria, seguimiento telefónico
 - c. Establecer agendas monográficas de triage pro enfermería
 - d. Reducir las consultas y actuaciones sanitarias concertadas y demorables, incluyendo los trámites administrativos, manteniendo la atención a los pacientes con patologías no demorables
 - e. Evitar la ocupación de la consulta asistencial con tareas administrativas
25. Ante el incremento de la demanda asistencial por encima del 30% se deben adoptar medidas extraordinarias y temporales como:
 - a. Movilidad temporal de profesionales, recuperar profesionales jubilados o aumentar en número de horas de actividad asistencial de los profesionales (prolongación de jornadas)
 - b. Ampliación del número de consultas monográficas para gripe de los sanitarios



Info semFYC

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria



c. Suspensión de todas las consultas y actuaciones sanitarias concertadas y demorables, incluyendo los trámites administrativos.

26. Ante el aumento previsible de las bajas laborales, es preciso articular medidas que simplifiquen el trámite administrativo y su resolución fuera de las consultas médicas.