



Info semFYC

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria



RECOMENDACIONES PARA PROFESIONALES SOBRE EL MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INFLUENZA TIPO A (H1N1) Y LA ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

**Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
(semFYC)**

Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas

20 de Noviembre 2009



SUMARIO

1. Introducción
2. Grupo Redactor del documento
3. Conocimiento actual de la infección por el virus AH1 N1
4. Criterios de atención en los centros
 - 4.1 Síndrome de infección respiratoria que precisa consulta
 - 4.2 Necesidad de valoración clínica
 - 4.3 Tipo de valoración clínica
 - 4.4 Seguimiento clínico de los pacientes con sospecha de infección por virus AH1N1
5. Uso de pruebas diagnósticas
6. Criterios de derivación
 - 4.1. Grupos de riesgo
 - 4.2. Criterios de derivación para la atención hospitalaria
7. Manejo terapéutico y preventivo
 - 5.1. Fármacos antivirales
 - 5.2. Vacunaciones
8. Atención en los centros de salud: Propuestas organizativas
9. Conclusiones
10. Bibliografía



Info semFYC

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria



INTRODUCCION

Ante la situación de La nueva situación de alerta sanitaria generada en los últimos meses por la aparición de la infección por el virus A (H1N1) en México en Abril de 2009, la posterior declaración de la fase 6 de la pandemia por este virus por la OMS (11 de Junio de 2009) y con la certeza de que esta pandemia afectará intensamente a la población española y mundial, durante el próximo otoño-invierno, las diferentes autoridades sanitarias e han visto obligadas a actualizar sus estrategias de preparación frente esta pandemia, elaborando planes para hacer frente en el ámbito de la salud, a esta emergencia de salud pública. Estos planes, guías, recomendaciones o protocolos de actuación se han elaborado teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS, así como con las distintas directrices de la Comisión Europea y del Ministerio de Sanidad y Política Social. Muchas de las medidas incluidas en los mismos suponen cambios organizativos y funcionales de los centros de salud y la toma de decisiones clínicas.

Por otro lado, aunque cada vez se van conociendo más datos sobre esta enfermedad, la información sigue insuficiente para establecer recomendaciones con una sólida evidencia. Aunque la incertidumbre científica es considerable determinadas Instituciones Sanitarias Nacionales e Internacionales y asociaciones científicas, se han visto obligadas a realizar recomendaciones dirigidas a los profesionales sobre aspectos relacionados con el manejo clínico de los pacientes infectados por el virus AH1N1. Estas recomendaciones condicionan de forma importante las decisiones clínicas de los profesionales. El insuficiente conocimiento científico de la enfermedad supone que muchas de estas recomendaciones deban de someterse a una revisión periódica que conllevará en algunas ocasiones su modificación.

El virus A/H1N1 ha producido, hasta ahora, un cuadro clínico de menor gravedad y letalidad que el de la gripe estacional afectando sobre todo a la población infantil y a los adultos menores de 55 años. Aunque la presencia del virus circulante está siendo similar a la de otros años, las previsiones iniciales sobreestimaron tanto la incidencia como la severidad de la pandemia. Estas previsiones han generado una alarma social que previsiblemente aumentará la demanda asistencial. Por otro lado se ha producido en parte del colectivo profesional una reacción de desconfianza ante efectividad de las medidas terapéuticas y preventivas disponibles contra la infección y la necesidad de alterar el funcionamiento de los centros sanitarios para atender una epidémica similar a la de años previos. Las recomendaciones que se realizarán en el documento pretenden parte dar una respuesta social y sanitaria razonable frente a la pandemia, fruto de una valoración serena de la información científica disponible y teniendo en cuenta los efectos nocivos que tendría sobre la sociedad propuestas intervencionistas poco meditadas. La respuesta a la pandemia debe ser proporcionada a la situación y disminuir las intervenciones innecesarias y peligrosas para la salud de los ciudadanos y los pacientes.

En Agosto del 2009 La Junta Directiva de la semFYC encargó al grupo de Enfermedades Infecciosas de semFYC la elaboración de un documento de información sobre el manejo clínico y las necesidades organizativas relacionadas con la infección por el virus de



Info semFYC

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria



la gripe A H1N1. Los objetivos planteados por el grupo a la hora de elaborar el presente documento han sido:

1. **Ofrecer a los médicos de familia una guía de actuación clínica sobre el manejo de la infección por el virus de la gripe A H1N1** en función del conocimiento científico disponible en momento de la publicación del documento.
2. Ofrecer a los **profesionales y a la Junta directiva de semFYC y de las Sociedades Federadas un documento de contenido sobre las medidas organizativas a adoptar en los centros**, de acuerdo con el conocimiento científico disponible, necesarias para hacer frente a impacto sociosanitario que supondrá la pandemia.
3. Elaborar un **documento abierto a otros profesionales de la semFYC y sometido a una necesidad permanente de actualización**. Las recomendaciones incluidas se realizarán en función del conocimiento científico y de la situación epidemiológica de la gripe A (H1N1) en cada momento. El grupo se compromete a la actualización con una periodicidad al menos trimestral del contenido del documento o antes si existe información científica clínicamente relevante sobre algunos de los aspectos contenidos en el documento. También se compromete a valorar para su inclusión las aportaciones de socios y de miembros de otros grupos de de la semFYC y Sociedades Federadas o de otras personas expertas en el tema.



Info semFYC

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria



GRUPO REDACTOR

Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la semFYC

Han elaborado este documento:

Juan de Dios Alcántara (Sevilla). Integrante Junta Directiva semFYC
Josep M^a Cots Yago (Barcelona) **Coordinador del GdT**
José M^a Molero García (Madrid). **Coordinador del Documento**
M^a Lluïsa Morató Agustí (Barcelona)
Joan Puig Barberà (Castellón). Integrante Junta Directiva semFYC.
Jesús Redondo Sánchez (GdT de infecciosas de SoMaMFyC)
Coro Sánchez Hernández (Pontevedra)

Con la colaboración de:

Javier Arranz Izquierdo (Palma de Mallorca)
M^a Luisa Cigüenza Fuster (Palma de Mallorca)
Marina Cid Sueiro (Vigo)
Guillermo García Velasco (Asturias)
Manuel Gómez García (Madrid)
M^a Isabel Gutiérrez
Maria Eulalia Lucio-Villegas Menéndez (Sevilla)
M^a José Monedero Mira (Castellón) **Secretaria del GdT**
Jesús Ortega Martínez (La Rioja)

Y

M^a Luisa Valiente (Vicesecretaria de la Junta Permanente semFYC)
Grupo de Trabajo de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) de semFYC

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉSES

Los autores y colaboradores firmantes, declaran que no existe ningún potencial conflicto de interés relacionado con el contenido del documento.



METODOLOGÍA

El documento se ha desarrollado a partir de la búsqueda y evaluación de la evidencia, de acuerdo a su validez y aplicabilidad a nuestro contexto sanitario acerca de la infección por el virus AH1N.

1. Para elaborar el documento se constituyó un **grupo de autores, todos pertenecientes al grupo de enfermedades infecciosas de semFYC**. Cada autor se responsabilizó de la coordinación de un capítulo. Además se constituyó otro **grupo de colaboradores constituido por el resto de miembros del grupo de trabajo** que han participado en la lectura crítica de los diferentes artículos utilizados en la elaboración del documento, en la propuesta de modificaciones y en la toma de decisiones por consenso de las recomendaciones.
2. El documento se estructura en **6 capítulos** donde se abordan los aspectos más importantes de la enfermedad. **La selección del contenido fue adoptada por consenso** por los miembros del grupo responsable de la elaboración del documento.
3. Para cada uno de los capítulos se han realizado una serie de **preguntas seleccionadas por los miembros del grupo de trabajo, en función de las necesidades de información previsible por los médicos de familia** que trabajan en el ámbito de la Atención Primaria española.
4. **La respuesta** a estas preguntas figura la final de cada capítulo **en forma de recomendación**. Para la formulación de recomendaciones se ha considerado tanto los beneficios como los riesgos e inconvenientes de cada propuesta. Las diferentes recomendaciones se ha realizado por acuerdo entre los todos autores y colaboradores.
5. Para realizar la recomendación se ha realizado una **lectura crítica de los diferentes documentos y artículos disponibles sobre la infección**, recurriendo a diferentes fuentes de información:
 - a. **Instituciones y organismos:** CDC H1N1 Flu website (www.cdc.gov/flu/basics.htm), Organización Panamericana de la Salud (http://www.paho.org/home_spa.htm), Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/csr/disease/swineflu/es/index.html>), European Centre for Disease Prevention and Control (<http://www.ecdc.europa.eu/en/Pages/home.asp>), European Medicines Agency (<http://www.emea.europa.eu/influenza/home.htm>), U S Food and Drug Administration (<http://www.fda.gov/NewsEvents/PublicHealthFocus/ucm150305.htm>), Ministerio de Sanidad y Política Social y Consejerías de salud del las Comunidades Autónomas (<http://www.msps.es/servCiudadanos/alertas/gripeAH1N1.htm>), Red Nacional de Vigilancia epidemiológica (<http://vgripe.isciii.es/gripe/inicio.do>)



- b. **Base de datos:** búsqueda de revisiones sistemáticas y de estudios individuales en las bases de datos: Biblioteca Cochrane Plus (<http://www.cochrane.es/>) , Medline PubMed de la National Library of Medicine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>), The Database of Abstracts of Reviews of Effects-DARE (<http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/>), Evidence Based Reviews (<http://www.library.nhs.uk/Evidence/>). Se ha completado esta revisión con una búsqueda más exhaustiva en revistas que se han distinguido especialmente por publicar artículos sobre la gripe pandémica: British Medical Journal (<http://www.bmj.com/>), New England Journal of Medicine (<http://h1n1.nejm.org/>), Morbidity and Mortality Weekly Report (www.cdc.gov/mmwr/), Eurosurveillance (<http://www.eurosurveillance.org/>), Journal Of the American Medical Association (<http://jama.ama-assn.org/>)

6. En cada capítulo se realiza una exposición de los datos de los principales estudios o documentos o estudios revisados que apoyen la recomendación realizada.

Una de las limitaciones que hemos encontrado en la revisión de la literatura científica, por tratarse de una infección no conocida previamente, ha sido la ausencia de estudios experimentales acerca de la eficacia de intervenciones acerca de la prevención y tratamiento de la infección. Tampoco tenemos datos de estudios de cohortes o casos control sobre grupos de riesgo o factores pronósticos de la enfermedad. **La mayoría de la información disponible procede de estudios observacionales transversales con un reducido número de pacientes** o de las fuentes de vigilancia epidemiológica. Teniendo en cuenta estas dificultades, algunas de las recomendaciones se han basado en la evidencia disponible de la infección por otras cepas del virus influenza.



3.- CONOCIMIENTO ACTUAL DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS AH1 N1

Resumen de la epidemiología

- **La cepa A/California/7/2009 (H1N1) es una cepa nueva que ha evolucionado a partir de cepas humanas, porcinas y aviares**
 - Es el resultado de una reordenación entre el virus porcino americano de 1997-1998 y el de Eurasia de 1976.
 - Es muy estable genéticamente y muy inmunógena
 - Presenta muy baja patogenicidad
- **Transmisibilidad:**
 - El virus es altamente transmisible
 - No existen diferencias con gripe estacional en:
 - Vía de transmisión
 - Periodo de transmisibilidad (1 día antes y 7 días después)
 - Periodo de incubación (1-7 d)
- **La distribución etaria es diferente de la gripe estacional:**
 - Afecta a niños y adultos jóvenes (70-80% son < 30 años, 50% < 18 años y 22% < 10 años
 - Menor afectación de los mayores de 60 años (2%)
- **No existen diferencias en tasas de incidencia, gravedad y de mortalidad entre sexos**
- **Manifestaciones clínicas:**
 - La mayoría de los casos evolucionan de manera favorable, con una recuperación en pocos días
 - Número importante de casos asintomáticos y/o levemente sintomáticos
 - No existen diferencias en las manifestaciones con la gripe estacional, excepto mayor frecuencia de síntomas gastrointestinales (15-25%)
 - Las características clínicas de los pacientes hospitalizados relacionados con la infección por influenza AH1N1 son similares a los períodos de la gripe estacional



- **Tasa estimada de ataque en Europa (ECDC): 20%**
- **Tasa de hospitalización estimada en Europa (ECDC): 100/10⁵ habitantes (1-5% de los infectados)**
 - **Población joven (0,2% <15 años; 35%, entre 5-44 años; 3% > 65 años)**
 - **20-25% de los hospitalizados ingresan UCI. El riesgo de ingresar en UCI es 15 veces mayor que en gripe estacional**
 - **70-80% pertenecen a grupos de riesgo de complicaciones**
- **Tasa de mortalidad en España: 0,1-0,3/10⁵ habitantes (0,014% de los infectados)**
 - **7-20% de los ingresado en UCI fallecen**
 - **Letalidad similar o inferior a la estacional**
 - **Los casos graves y letales se producen en adultos jóvenes (70%, 25-64 años)**
 - **Más del 80% de los fallecido pertenecen a grupos de riesgo (97% en España)**
 - **Más del 80% fallecen por complicaciones neumónicas consientes en una neumonía vírica o bacteriana grave rápidamente progresiva que origina un síndrome de distress respiratorio y/o shock**



4.- CRITERIOS DE ATENCIÓN EN CENTROS

4.1 Síndrome de infección respiratoria aguda que precisa consulta

¿Son suficientemente sensibles y específicos los criterios clínicos utilizados en la actualidad para la definición de caso sospechoso de infección por el virus AH1N1?

Recomendación:

- La **definición clínica de caso sospechoso de gripe AH1N1**, exige los siguientes criterios (ECDC):
 1. **Inicio brusco (menos de 24 horas) de los síntomas**
 2. **Presencia de fiebre (temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$) y tos acompañado de alguno de los síntomas relacionados más frecuentemente con la infección por el virus influenza** (cefalea, dolor de garganta, dificultad respiratoria, cansancio y debilidad general, congestión y/o secreción nasal, cefalea, escalofríos y dolores musculares)
 3. **También se considera casos sospechoso:**
 - i. La presencia de neumonía (enfermedad respiratoria grave)
 - ii. El fallecimiento por causa de una enfermedad respiratoria aguda idiopática
- Se recomienda la **unificación de los criterios de definición clínica de caso sospechoso** en todas las Comunidades autónoma

4.2 Necesidad de valoración clínica

¿Qué pacientes requieren una valoración clínica en consulta?

Recomendación

- La **valoración clínica presencial** quedaría limitada a los pacientes con signos o síntomas de enfermedad grave y aquellas personas con alto riesgo de sufrir complicaciones por la influenza con especial atención a los pacientes que presentan un empeoramiento progresivo desde el inicio de los síntomas.



Info semFYC

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria



4.3 Tipo de valoración clínica

¿Qué valoración clínica debe realizarse a los pacientes con sospecha de gripe AH1N1?

Recomendación

- Los pacientes con sospecha de infección por H1N1 valorados clínicamente por un profesional sanitario deberán tener registrados las constantes que ayuden a descartar o confirmar la inestabilidad hemodinámica del paciente: temperatura axilar o rectal, presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.
- Se recomienda medición de la saturación de oxígeno en la sangre mediante pulsioximetría y la auscultación pulmonar ante pacientes:
 1. Pertenecientes a los grupos de riesgo
 2. En presencia de signos y/o síntomas de dificultad respiratoria u otros signos de gravedad
 3. Cuadro de mala evolución clínica.

4.4 Seguimiento clínico de los pacientes con sospecha de infección por el virus AH1N1

¿Qué seguimiento debe realizarse a los pacientes infectados por el virus AH1N1 que permanecen en domicilio?

Recomendación



- El seguimiento clínico debe realizarse a los pacientes incluidos en los grupos de alto riesgo
- A los pacientes incluidos en los grupos de alto riesgo:
 1. Se les debe indicar la necesidad de asegurar siempre que sea posible la existencia de un cuidador identificado y estable del paciente
 2. Se aconseja un seguimiento telefónico precoz al 3º día y un control al final del período de curación estimado al 7º día.
- A todos los pacientes se les debe aconsejar sobre la consulta inmediata a un profesional sanitario si a lo largo de la evolución de la enfermedad aparecen síntomas de severidad:
 1. Confusión o mareo repentino
 2. Disminución del nivel de conciencia
 3. Dificultad respiratoria
 4. Dolor torácico intenso y persistente
 5. Palpitaciones frecuentes y mantenidas
 6. Incapacidad para orinar en 24 horas
 7. Vómitos frecuentes y constantes
 8. Persistencia de la fiebre después del 5º día desde el inicio, empeoramiento brusco de la enfermedad a partir del 6º día o empeoramiento progresivo desde el inicio del mismo).

5.- USO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

¿Cuándo están indicadas las pruebas diagnósticas para identificar el Virus AH1N1?

Recomendación

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) :

- Personas que presentan un cuadro clínico compatible con infección por gripe AH1N1 severa que va a requerir ingreso hospitalario.



- A todos los pacientes con sospecha de neumonía por influenza A (H1N1) que requieran ingreso hospitalario.

6.- CRITERIOS DE DERIVACIÓN

6.1 Grupos de riesgo

¿Qué grupos de pacientes se consideran de alto riesgo de presentar complicaciones por gripe AH1N1?

Recomendación:

En la actualidad, hasta disponer de más datos, se consideran situaciones o condiciones que aumentan el riesgo de evolución grave y/o letal en la infección por gripe A/H1N1:

- **Personas de cualquier edad con una condición clínica especial que le predisponga a tener una gripe complicada:**
 - **Enfermedad crónica:** enfermedades crónicas cardiovasculares (excepto la hipertensión) o pulmonares (incluyendo displasia bronco-pulmonar, fibrosis quística y asma que requiere tratamiento); enfermedades metabólicas (incluyendo DM); insuficiencia renal; insuficiencia hepática crónica; hemoglobinopatías y anemias moderadas o severas; asplenia; enfermedades neuromusculares graves e inmunosupresión (incluida la originada por la infección de VIH, por fármacos o en los receptores de trasplantes).
 - **Niños y adolescentes, menores de 18 años, que reciben tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico**
 - **Mujeres embarazadas**
 - **Obesidad mórbida**
- **Queda pendiente de definir el grupo de edad infantil con mayor riesgo de complicaciones. En la actualidad las tasas de hospitalización en niños menores de 2 años son más elevadas que en el resto de grupos de edad infantil.**

6.2 Criterios de derivación para la atención hospitalaria

¿Qué pacientes con sospecha de infección el virus AH1N1 deben ser remitidos al hospital?



Recomendaciones

- La decisión de derivar a un paciente con sospecha de infección por el virus AH1N1 debe realizarse tras la valoración de severidad clínica atendiendo a los signos clínicos y condiciones de gravedad o inestabilidad hemodinámica o de descompensación de enfermedades crónicas subyacentes. Las escalas pronósticas elaboradas para predecir el riesgo de mortalidad en los pacientes diagnosticados de neumonía, pueden ser de utilidad en pacientes con sospecha de esta complicación.
- Se aconseja remitir para una valoración hospitalaria a los adultos con:
 - Frecuencia respiratoria > 30 rpm
 - Saturación de O₂ ≤92% (< 95% en embarazadas)
 - Frecuencia cardiaca >125 lpm
 - TAS <90 mmHg o TAD < 60 mmHg
 - Patrón respiratorio anormal por estar exhausto
 - Criterios CRB-65: ≥ 2 puntos, PSI ≥ III
 - Alteración en nivel de conciencia, desorientación, agitación o convulsiones
 - Persistencia de la fiebre después del 4º día del inicio del proceso
 - Reparición de la fiebre a partir del 7º día
 - Paciente con sospecha de neumonía por influenza A (H1N1) que pertenezca a algún grupo de riesgo
 - Radiografía de tórax compatibles con neumonía viral primaria (infiltrado intersticial bilateral), derrame pleural extenso, condensación neumónica multilobar o cavitación
 - Cualquier otro signo alarmante en su evolución a juicio del médico que le atiende
- Se aconseja remitir para una valoración hospitalaria a los niños con
 - Signos de dificultad respiratoria moderada o grave como taquipnea (> 50 rpm en < 1 año) y ≥ 40/min en > 1 año), retracciones costales, aleteo nasal, quejido respiratorio)
 - Saturación de O₂ ≤ 92%



- **Patrón respiratorio anormal por estar exhausto o episodios de apnea**
- **Evidencia de deshidratación (decaimiento, mucosas secas, pliegue cutáneo, ausencia de lágrimas, fontanela deprimida en lactantes), shock ó estado séptico**
- **Vómitos incoercibles y/o diarrea grave**
- **Alteración de conciencia, notable irritabilidad o agitación, decaimiento o convulsiones**
- **Cualquier signo alarmante en su evolución a juicio del médico que le atiende**
- **Los criterios señalados en ningún caso han de sustituir la decisión de un profesional experimentado sobre la necesidad o no de derivar a un paciente determinado.**



7.- MANEJO TERAPÉUTICO Y PREVENTIVO

7.1 Utilización de los fármacos antivirales en el tratamiento y profilaxis de los pacientes infectados por el virus de la influenza H1N1

¿Qué pacientes deberán recibir tratamiento antiviral frente a la gripe pandémica?

Recomendaciones

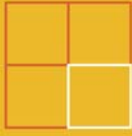
- La decisión sobre el tratamiento en la infección por el virus AH1N1, en un paciente determinado debe basarse en su estado clínico. En este sentido se debería tratar con antivirales:
 - A pacientes con criterios de gravedad clínica previamente sanos
 - A los pacientes con síntomas clínicos que pertenezcan a los llamados grupos de alto riesgo de complicaciones, en especial a pacientes embarazadas y pacientes con obesidad mórbida, independientemente del nivel de gravedad que presente. Esta recomendación debe extenderse a todos los grupos de edad, incluidos niños menores de 1 año
 - El tratamiento se debe instaurar de forma precoz, preferiblemente antes de 48 horas de comienzo del cuadro
- Los pacientes que no pertenezcan a los grupos de riesgo y presenten cuadro clínico sin datos de gravedad, no deben recibir tratamiento con antivirales, siendo suficiente el tratamiento sintomático.
- No se aconseja el uso de la profilaxis con antivirales como tratamiento preventivo.

7.2 Recomendaciones para la vacunación de la gripe estacional y pandémica

¿Qué pacientes deberán ser vacunados frente a la gripe pandémica?

Recomendaciones

- 1) En la indicación de la vacunación con la vacuna frente a la gripe estacional, deben seguirse los mismos protocolos en los años previos.
- 2) En la indicación de la vacuna frente a la gripe pandémica AH1N1 :
 - a) Consideramos necesario desarrollar una estrategia de vacunación de la gripe A (H1N1) de 2009 de acuerdo con las recomendaciones del EU Health Security Committee (HSC) y Early Warning and Response System (EWRS), dirigidas a los



Estados Miembros de la Unión Europea sobre las estrategias de vacunación frente al virus AH1N1, teniendo en cuenta las consideraciones específicas nacionales de y que podrán optar por desarrollar un diferente enfoque al propuesto.

- b) Deben seguirse las indicaciones de vacunación acordadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 22 de octubre de 2009 y que incluye como grupos prioritarios para vacunación a:**
- i) Trabajadores sanitarios y parasanitarios**
 - ii) Trabajadores de servicios públicos esenciales**
 - iii) Adultos y niños mayores de 6 meses, con un alto riesgo de complicaciones derivadas de la infección por el virus pandémico. En este grupo se incluyen todos los grupos de riesgo de la vacuna de gripe estacional y se añade la obesidad mórbida**
 - iv) Aunque la vacunación antigripal AH1N1 es segura en embarazadas, la administración de la vacuna, al igual que ocurre con la vacunación de la gripe estacional, debe realizarse preferentemente en el segundo o tercer trimestre (si es posible a partir de la 21 semana de la gestación). En embarazos con condiciones de alto riesgo de padecer complicaciones por la gripe A, debería realizarse una valoración en función del riesgo frente al beneficio de administrar la vacuna en el primer trimestre.**
 - v) De acuerdo con la estrategia escalonada de vacunación frente al virus pandémico recomendada por la HSC/EWRS y SAGE, consideramos necesario valorar como posibles grupos de vacunación prioritaria a medida que se avance en la campaña vacunal la inclusión de :**
 - (a) Niños y niñas de 6 a 24 meses de edad.**
 - (b) Cuidadores/convivientes de niños de menos de seis meses de edad**
 - (c) Después de la vacunación a los grupos prioritarios, la vacunación podría continuarse hasta alcanzar los objetivos nacionales con aquellas personas no vacunadas anteriormente y en los que la vacunación pueden considerarse necesaria por ser cuidadores o convivientes de personas de riesgo, edad avanzada (≥ 65 años) o prestar otros servicios esenciales a la comunidad (seguridad y otros).**
 - vi) Los grupos objetivo y prioritario serán objeto de una estrecha y continua revisión de acuerdo a las tasas de infección que estén apareciendo en**



dichos grupos

- 3) **Las vacunas autorizadas en Europa y España han sido elaborados y autorizados bajo un modelo de “mock-up pandemic vaccines”.**
 - a) **Los estudios de inmunogenicidad realizados con la cepa A (H5N1), recogidos en sus fichas técnicas, indican una buena respuesta que aumenta tras la administración de la segunda dosis.**
 - b) **Aunque se disponen de pocos estudios sobre eficacia con cepas AH1N1, los datos obtenidos con la cepa H5N1 han de mostrado su eficacia con una sola dosis a partir de los 2 años.**
- 4) **Seguridad de las vacunas pandémicas:**
 - a) **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**
 - b) **Las preparaciones de dosis múltiples contienen en su fórmula el conservante timerosal, con las pautas y dosis recomendadas, la exposición a etilmercurio es muy inferior al límite establecido para el consumo semanal y se consideran suficientemente seguras, incluso en embarazadas.**
 - c) **Existe una amplia experiencia en la utilización del adyuvante MF-59 en mayores de 65 años y suficientes ensayos clínicos con un número importante de pacientes en Estados Unidos con el adyuvante ASO3, para descartar problemas de seguridad con el uso de estos compuestos en las vacunas pandémicas.**
 - d) **En embarazadas existen datos sobre la seguridad de las vacunas estacionales inactivadas no adyuvadas. Por este motivo se recomienda la utilización de una vacuna sin adyuvantes ni conservantes, de subunidades o fraccionada. No se recomiendan las vacunas atenuadas.**



Info semFYC

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria



8.- ATENCION SANITARIA EN LOS CENTROS DE SALUD: PROPUESTAS ORGANIZATIVAS

- Los objetivos de la respuesta sanitaria a la pandemia son (82,83):
 1. **Disminuir el número de afectados y la gravedad de la enfermedad**, adoptando medidas que reduzcan y retrasen la difusión del virus
 2. Disminuir la **carga de trabajo sobre el sistema sanitario**, evitando el colapso de los centros asistenciales
 3. **Minimizar interrupciones y el impacto social sobre los servicios esenciales** para la comunidad
- La organización sanitaria debe ser capaz de **dar una respuesta asistencial eficaz** a los pacientes, interfiriendo **lo menos posible en el funcionamiento habitual de los centros** asistenciales.
- Las **estructuras y recursos físicos y humanos** deben adaptarse a las condiciones de la evolución de la pandemia.
- En el **ámbito de la atención primaria**, la organización de la atención a estos pacientes debe **contemplar una serie de aspectos** que faciliten la atención rápida de estos pacientes sin interferir con la atención a otras demandas prioritarias de salud de la población:
 - Planificación y gestión de los **recursos físicos y humanos**
 - **Funciones y responsabilidad de los diferentes profesionales** de los Equipos de AP. Incluye la designación de responsables
 - Organización **de asistencia sanitaria y seguimiento clínico del paciente** con síntomas gripales:
 - Reorganizar las agendas y la actividad del personal sanitario
 - Atención presencial en el centro: incluye el triage, la delimitación de espacios y los circuitos de usuarios en el centro de salud
 - Atención domiciliaria.
 - Atención telefónica
 - Seguimiento de casos



- Coordinación externa con otros ámbitos y recursos asistenciales

8.1 Planificación y gestión de los recursos físicos y humanos

- Elaboración de un **plan de recursos humanos a nivel institucional para todas las categorías**, destinado a incrementar la disponibilidad de profesionales capaz reforzar las plantillas para asumir el incremento de demanda asistencial previsible y posibles bajas laborales derivadas de la afectación de la población sanitaria. El plan debería las siguientes medidas de forma escalonada :
 - **Aumento de las plantillas:**
 1. Contrataciones temporales de nuevos profesionales
 2. Incorporación de profesionales
 3. Movilidad temporal de profesionales
 - **Prolongación de jornadas laborales/horas extras**, con el fin de poder hacer frente a situaciones puntuales de exceso de demanda que puedan colapsar el sistema sanitario
 - **Modificación y/o ampliación del horario de apertura de los centros**, situaciones puntuales de exceso de demanda y colapsar el sistema
 - **Suspensión de los permisos retribuidos** concedidos estableciéndose las medidas compensatorias

8.2 Reorganizar las agendas y de la actividad del personal sanitario

Recomendación

- **Ante un incremento de la demanda un 20 y un 30% en los centros son necesarias unas medidas organizativas en los centros, para hacer más eficiente la atención clínica:**
 1. **Aumentar los recursos de personal sanitario y no sanitario con nuevas contrataciones**
 2. **Establecer agendas diferenciadas y/o monográficas para la actividad de triage, atención sanitaria, seguimiento telefónico**
 3. **Reducir las consultas y actuaciones sanitarias concertadas y demorables, incluyendo los trámites administrativos.**



4. **Mantener la atención a los pacientes con patologías no demorables**
 5. **Evitar la ocupación de la consulta asistencial con tareas administrativas:**
 6. **Reorganizar las consultas, eliminando las tareas administrativas (recetas, partes de IT, pruebas complementarias, ambulancias,...)**
 7. **Articular medidas que simplifiquen los trámites administrativos de bajas laborales por gripe A (parte único de baja, justificante de ausencia al trabajo legalmente admitido)**
- **Incremento de la demanda asistencial por encima del 30%. Adoptar medidas extraordinarias como:**
 1. **Aumentar los recursos de personal sanitario y no sanitario con nuevas contrataciones y otras medidas extraordinarias de forma temporal como movilidad de profesionales o recuperar profesionales jubilados funcional y mentalmente capacitados. Se puede recurrir a aumentar en número de horas de actividad asistencial de los profesionales (prolongación de jornadas)**
 2. **Ampliación del número de consultas monográficas para gripe de los sanitarios**
 3. **Suspensión de todas las consultas y actuaciones sanitarias concertadas y demorables, incluyendo los trámites administrativos.**

8.3 Organización del triage en los centros

- Es previsible que la actual pandemia por gripe AH1N1 aumentará de la demanda de atención por la población en los servicios sanitarios. **Es necesaria una adecuada planificación, al objeto de poder ofrecer una respuesta adecuada y evitar el colapso de las consultas.** Se estima que como consecuencia de la alarma social y la repercusión mediática de la infección **se incrementen entre 2 y 5 veces el número de pacientes que solicitarán atención médica** por un cuadro de infección respiratoria respecto a años anteriores.
- Una de las funciones claves de la Atención Primaria es la de reorientar el flujo de pacientes tanto internamente, en nuestro ámbito de atención, como en su adecuada derivación al hospital. En todas las situaciones de emergencias por una pandemia, **el triage es el primer paso para garantizar la clasificación correcta y el manejo adecuado de los pacientes de los casos sospechosos.**
- Los protocolos de triage, además del algoritmo básico recomendado, deberán precisar, basándose en las directrices acordadas por las autoridades nacionales de salud y las



recomendaciones técnicas de la Organización Mundial de la Salud, los criterios de remisión de los pacientes a su domicilio o para su admisión al hospital de referencia, así como las recomendaciones de manejo y tratamiento en cada situación (86, 87).

- **Los objetivos del TRIAGE son (87):**
 1. Reducir el riesgo de transmisión o contagio
 2. Determinar tipo y severidad de la enfermedad.
 3. Priorizar la atención y definir o asignarle el destino inmediato del paciente
 4. Disposición adecuada de pacientes según el nivel de atención requerido, para evitar la sobrecarga innecesaria en los centros sanitarios y el uso inadecuado de recursos humanos y técnicos.
 5. Recopilar información que facilite la identificación u localización posterior del paciente.
- El sistema de triage o de clasificación de incluir al menos 3 niveles de valoración (Figura 1):
 1. Detectar caso sospechoso de gripe AH1N1
 2. Evaluar el caso grave o severo
 3. Detectar grupo de alto riesgo de complicaciones
- Para realizar un uso más eficiente de los recursos asistenciales, el triage planteado debe realizarse por **profesionales no sanitarios** (unidades administrativas) y **profesionales de enfermería** correctamente entrenados (ver algoritmo)
- Los niveles y/o modalidad asistencial resultantes del triage serán:
 1. Consejo sobre **la vigilancia y autocuidados responsables** en domicilio
 2. Cita en **de enfermería en el Centro de Salud del paciente** para completar el triage con una valoración clínica
 3. Cita en **consulta médica en el Centro de Salud del paciente** para completar la valoración clínica y/o pautar el tratamiento específico.
 4. Derivación a punto de atención continuada o **urgencias hospitalarias**.
 5. El envío de un recurso sanitario para traslado hospitalario o la necesidad de una evaluación médica clínica presencial (domicilio o centros asistencial).

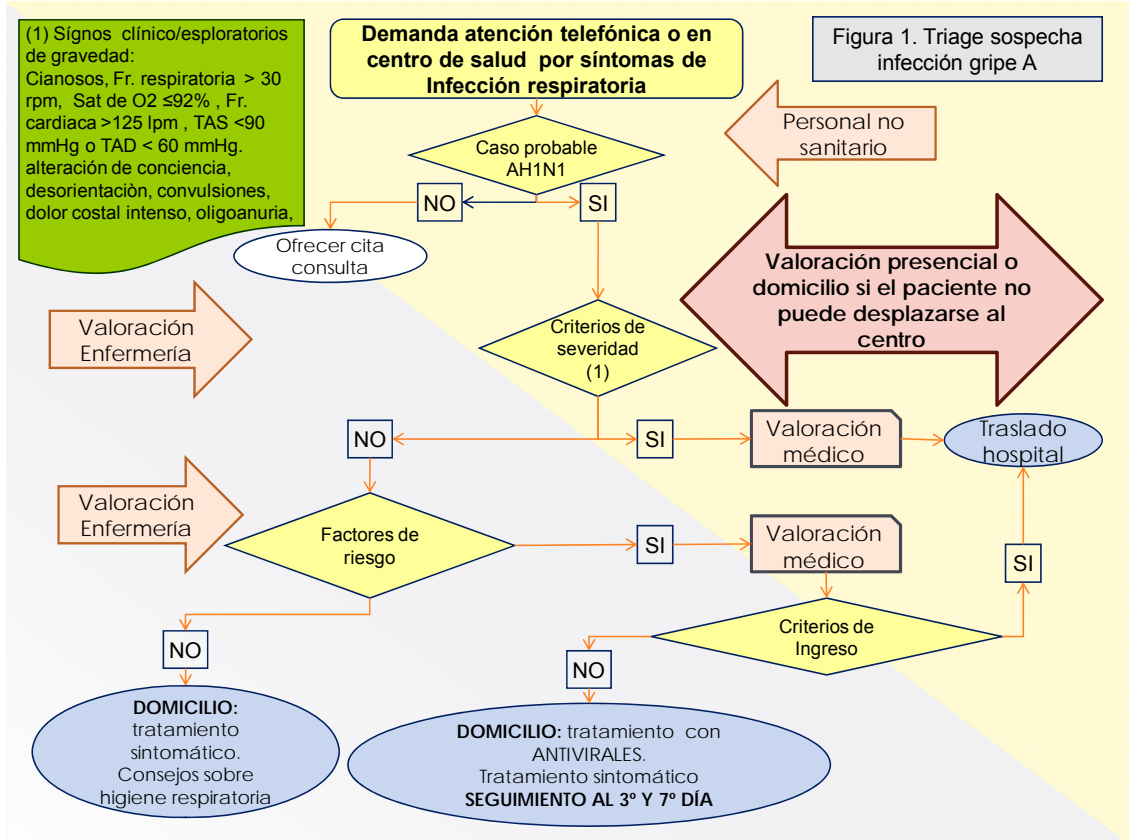


Info semFYC

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria



- **Organización:**
 1. Deberán identificar y acondicionar un espacio físico del centro para la realización del triage
 2. La **unidad administrativa deberá preguntar de forma específica sobre la presencia de síntomas de infección respiratoria aguda** cuando se facilitan citas telefónicas o presenciales. En los centros se debe colocar información escrita recordando a los pacientes que presenten fiebre y síntomas respiratorios que deben notificarlo inmediatamente en un punto de recepción del centro y utilizar una mascarilla
 3. La **atención telefónica y presencial se desarrollará por medio de una entrevista estructurada realiza por enfermería**, y con soporte en una aplicación que permitirá registrar la valoración realizada
 4. El **médico valorará** los casos **sospechosos con signos/síntomas de complicación** y los pacientes pertenecientes a los **grupos de riesgo**.
- A los pacientes que no requieren valoración por el médico deben ser instruidos hacia la vigilancia y los autocuidados responsables, y reforzar consejos de higiene respiratoria, lavado de manos y medidas higiénicas ambientales en el domicilio.





Info semFYC

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria



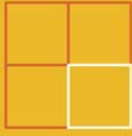
Recomendación

- **En todos los centros de salud deben establecerse sistemas de triage con el objetivo fundamental de establecer el nivel y la modalidad asistencial óptima de cada caso**
- **El sistema de triage debe reunir las siguientes características:**
 1. **Presencial y no presenciales (telefónico)**
 2. **Participación de profesionales no sanitarios y profesionales de enfermería correctamente entrenados**
 3. **Las unidades administrativas deben preguntar específicamente sobre la presencia de síntomas de infección respiratoria aguda al facilitar citas telefónicas o presenciales**
 4. **Los profesionales de enfermería mediante una entrevista estructurada y la toma de constantes, con soporte en una aplicación que permita registrar la valoración realizada, deberá descartar la existencia de un cuadro clínico grave y la pertinencia del paciente en alguno de los grupos de riesgo de complicaciones relacionados con la gripe**
 5. **Los pacientes con cuadros clínicos no graves que no pertenecen a los grupos de riesgo, recibirán consejo sobre la vigilancia de síntomas de alarma y autocuidados responsables en domicilio del paciente, remitiéndose al domicilio desde la consulta de triage**

8.4 Organización de la asistencia en los centros

Recomendación

- **Durante la pandemia se debe potenciar la atención telefónica:**
 1. **En centros de salud, para realizar:**
 - a) **Triage**
 - b) **Seguimiento clínico**
 - c) **Información y asesoramiento a los pacientes**
 - d) **La actividad debe ser incluida en la agenda asistencial de los**



profesionales

- Teléfono Institucional de información y asesoramiento sobre la enfermedad y las pautas a seguir (900...), no atendido por profesionales sanitarios
- Teléfono de valoración sanitaria de emergencias (112)
- La necesidad de valoración clínica presencial quedaría limitada a los pacientes con signos o síntomas de enfermedad grave, personas con alto riesgo de sufrir complicaciones por la influenza o los pacientes que muestran un empeoramiento durante el seguimiento clínico.
- La valoración clínica presencial se recomienda para:
 1. Pacientes enfermedad grave
 2. Pacientes con alto riesgo de sufrir complicaciones
 3. Empeoramiento/no mejoría del cuadro durante el seguimiento clínico
- La atención domiciliaria debe reservarse para los pacientes con síntomas de gravedad que no pueden desplazarse al centro.
- 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.
- La periodicidad de los contactos de seguimiento, debe ajustarse a la previsible evolución de la enfermedad
- Se debe facilitar la comunicación con los servicios de emergencias/urgencias extrahospitalarios y el hospital

8.5 Aislamiento respiratorio de los pacientes en centros

Recomendación

- Los centros deben garantizar una protección respiratoria correcta de los del personal del centro, los pacientes y sus acompañantes, con especial atención a los pacientes no infectados más vulnerables a la infección
- La combinación de medidas consistentes en el empleo de barreras contra la transmisión respiratoria, el aislamiento y las medidas higiénicas son eficaces



para disminuir el riesgo de infección, por el virus de la influenza A:

- **Recomendar el uso de mascarillas desechables en sala de espera para los pacientes sospechosos**
- **Todos los puntos de atención de los pacientes en los centros, deben disponer de un acceso a lavabos dotados de agua y jabón, dispensadores de solución hidroalcohólica así como dispensadores de pañuelos de papel y papeleras para arrojar el material desechable**
- **La limpieza de las superficies de las dependencias de los centros se hará diariamente**
- **Priorizar la atención médica a los pacientes que requieran una valoración clínica tras el triage**
- **Establecer zonas diferenciadas dentro de los centros para la realización del triage a todos los casos sospechosos de gripe**
- **El establecimiento de consultas o áreas específicas de atención y/o de espera para atender esta patología en el centro sólo se recomienda en situaciones de elevada incidencia de pacientes infectados.**

8.6 Necesidad de material para aislamiento respiratorio de los profesionales

- La **higiene de manos** y las **medidas barreras** de aislamiento respiratorio, se han demostrado **eficaces para disminuir para reducir la transmisión de virus respiratorios**. Se recomienda como medida principal para disminuir la transmisión del virus Ah1 adoptar medidas de higiene de manos en los profesionales sanitarios y nos sanitarios del centro. En situaciones de alto riesgo de transmisión, también se recomienda la combinación de medidas de barrera (como el uso de guantes, bata y mascarilla) y el aislamiento de casos sospechosos. Estas intervenciones deben implementarse, preferentemente de manera combinada pues su utilización rutinaria y a largo plazo interrumpen y/o reducen la diseminación de los virus respiratorios (89).
- En **todos los centros sanitarios los trabajadores sanitarios y no sanitarios** que atiendan directamente a los pacientes deberán **seguir las recomendaciones para la protección respiratorias** frente a las secreciones de los pacientes sospechosos de infección respiratoria aguda:
 - **Protección respiratoria**. Los protectores respiratorios **FFP3 ó FFP2** sólo deben utilizarse para la realización de procedimientos que generen aerosoles (aspiración de secreciones respiratorias, administración de tratamientos en aerosol o mediante nebulizador, maniobras de intubación y resucitación, broncoscopia, autopsia),



generalmente a nivel hospitalario. El uso de mascarillas quirúrgicas frente a respiradores N95, no aumenta la transmisión de la gripe entre el personal sanitario (90). **La mascarilla quirúrgica** debe emplearse durante actividades que pueden generar salpicaduras de secreciones y excreciones respiratorias

- La **higiene de manos** es una de las medidas más efectivas para disminuir la transmisión de las enfermedades infecciosas por parte de los profesionales.
 - La Organización Mundial de la Salud (OMS) define 5 momentos, en relación con el paciente, para realizar la higiene de las manos (91):
 1. Antes del contacto con el paciente
 2. Antes de realizarle una técnica limpia/aséptica
 3. Después del contacto con fluidos corporales
 4. Después del contacto con el paciente
 5. Después del contacto con el entorno del paciente
 - Si no se ha hecho antes, se aconseja desinfectar las manos con solución hidroalcohólica ó jabón antimicrobiano, antes del contacto directo con los pacientes.
 - Cuando las manos estén contaminadas con material o manchadas con secreciones, se lavarán con agua y jabón no antiséptico y posterior aplicación, tras secar las manos de una solución hidroalcohólica (o con agua y jabón antiséptico).
 - Cuando están contaminadas pero la suciedad no es visible se recomienda la desinfección con preparados de base alcohólica
 - Las consultas dispondrán del material suficiente para la higiene de manos de los profesionales: lavabos, si fuese posible con mandos de codo o de pie, dispensador de jabón no antimicrobiano, toallas de papel desechables y dispensadores de solución hidroalcohólica.
- El uso de **guantes** no sustituye en ningún caso la higiene de las manos. Se utilizarán al manipular sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones respiratorias.
- La **bata** se usa para proteger la piel y evitar ensuciar la ropa durante actividades que pueden generar salpicaduras o líquidos pulverizables de sangre, fluidos corporales, secreciones, o excreciones
- Los sanitarios que realicen **atención domiciliaria** deberán utilizar una mascarilla quirúrgica y seguir las precauciones estándar durante la visita. Así mismo deben



disponer de dispositivos portátiles con preparados de base alcohólica para realizar la higiene de manos antes y después de la atención a la persona enferma.

- Los residuos sanitarios se gestionarán según lo establecido en la normativa legal vigente, sin necesidad de un tratamiento diferenciado al resto de residuos.

Recomendación

- **En todos los centros sanitarios los trabajadores sanitarios y no sanitarios que atiendan directamente a los pacientes deberán seguir las recomendaciones para la protección respiratorias frente a las secreciones de los pacientes.**
 - Los protectores respiratorios FFP3 ó FFP2 sólo deben utilizarse para la realización de procedimientos que generen aerosoles, generalmente a nivel hospitalario.
 - La mascarilla quirúrgica desechable es suficiente para prevenir el riesgo de infección en el resto de situaciones que implique contacto con el enfermo no protegido con mascarilla o exposición directa a secreciones respiratorias
 - Las consultas, unidades administrativas dispondrán del material suficiente para la higiene de manos de los profesionales
 - Los profesionales sanitarios y no sanitarios deberán extremar las medidas de higiene de manos antes y después de atender a los pacientes con sospecha de infección.
 - Los profesionales sanitarios deberán mantener el resto de las medidas barrera de protección estándar para evitar la transmisión respiratoria por gotas o secreciones (guantes, batas, y mascarillas), en las actuaciones profesionales donde exista riesgo de contagio.
 - Se recomienda utilizar mascarillas y soluciones hidroalcohólicas para la desinfección de manos en la atención domiciliaria
 - Los residuos sanitarios se gestionarán según lo establecido en la normativa legal vigente



CONCLUSIONES:

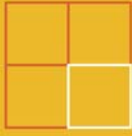
1. La gripe AH1N1 es una infección muy contagiosa, similar a la gripe estacional, pero de carácter leve, con una severidad del mismo orden de magnitud o discretamente inferior a la gripe estacional
2. El diagnóstico de caso sospechoso exige la instauración aguda o brusca (< 24 horas) de fiebre >38°C 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.