

Decálogo de Propuestas Organizativas de los Centros Sanitarios ante la Gripe A

Ante un previsible aumento de la actividad asistencial de los servicios sanitarios debido al incremento de casos de gripe por el virus pandémico A/H1N1, las autoridades sanitarias deben ser receptivas a las opiniones de los médicos que vamos a atender a dichas personas. Con el objetivo de mejorar la atención a los pacientes y contribuir a una organización eficaz de los servicios sanitarios, hemos elaborado una serie de recomendaciones sobre diversas medidas a tomar. Algunas de ellas pueden suponer una importante modificación de las estructuras actuales, pero creemos que, ante una situación de posible excepcionalidad, las medidas organizativas también deben serlo. Estas consideraciones las hacemos desde la experiencia del trabajo diario y esperamos que, para el beneficio de la sociedad en su conjunto, sean tenidas en cuenta.

Propuesta 1. De la atención a la enfermedad

La mayoría de los pacientes afectados sufrirán un cuadro leve que no requiere una atención médica específica. Se priorizará la **atención telefónica** como el método más accesible para valorar la necesidad de asistencia clínica de un paciente. De esta forma, se valorará la posibilidad de que sean suficientes las medidas de autocuidado y de observación activa por parte del paciente o sus cuidadores. Las autoridades sanitarias deben divulgar y recomendar las **medidas de autocuidado** a la población general, así como el conocimiento de los signos de alerta que puedan motivar una valoración médica. Se deberán usar con este fin todos los medios de comunicación disponibles.

Propuesta 2. Valoración del paciente que acude al Centro de Salud

Confiamos que los pacientes afectados por un cuadro clínico de síndrome gripal acudan a las consultas médicas de los Centros de Salud con normalidad, y siempre que sea posible, con cita previa. De esta manera, el flujo de personas que necesitan ser atendidas será ordenado y fluido. Si el número de casos se incrementa llamativamente en un breve espacio de tiempo y las consultas reciben una gran cantidad de personas sin cita previa o con carácter urgente, se puede organizar, junto con los profesionales de enfermería y de administración, algún sistema de **clasificación (triage)** que determine la necesidad de atención preferente o urgente por parte del médico. Se aconsejará al paciente con tos activa que mantenga las medidas de higiene adecuada mientras espera a ser atendido. Cada consulta deberá disponer del material necesario para mantener una adecuada higiene y ventilación.

Propuesta 3. La atención domiciliaria

La atención a domicilio implica alrededor de 30 minutos por paciente y es inviable, hacerla de forma generalizada y masiva, cuando las consultas y los médicos de familia y pediatras se encuentran al máximo de sus posibilidades. Por lo tanto, si se produjera un aumento de la demanda de este tipo de atención se deberían poner en marcha, al menos, algunas de las siguientes medidas:

- En las áreas donde no esté asumida directamente por el 061 u otro teléfono autónomo. La demanda de asistencia a domicilio urgente será explícitamente regulada en los propios centros de salud, interviniendo en esta regulación los profesionales administrativos y médicos de familia o pediatras correspondientes, bajo el objetivo común de optimizar los recursos y prestar la mejor asistencia.

- Todas las solicitudes de avisos domiciliarios serán evaluadas **directamente** en contacto telefónico con el enfermo o sus familiares por el médico del paciente, o en su defecto por médicos del mismo centro de salud, tomando estos profesionales la decisión de desplazarse o no al domicilio.

Propuesta 4. Justificación legal de la incapacidad temporal

El tiempo empleado en realizar las tareas que impone la actual regulación de la baja laboral a numerosos pacientes provocaría el colapso de la atención por razones burocráticas: pacientes enfermos, bajas por aislamiento... todos ellos con la necesidad de un parte de baja, confirmación, alta (6 hojas impresas en 3 días diferentes). Se propone autorizar con carácter excepcional un **documento único de baja laboral** rellenable por el primer médico que atienda al paciente en cualquier ámbito del Sistema Nacional de Salud (centro de salud, SAR, urgencias hospitalarias, etc.), donde se especifique el diagnóstico y el tiempo recomendado de ausencia laboral. De esta forma, se evitaría duplicar las visitas y usar un **tiempo tan necesario para una tarea administrativa**. El Instituto Nacional de la Seguridad Social y los Servicios de Inspección Sanitaria y las mutuas laborales deberían participar en la realización de este modelo. Los médicos que realizamos esta tarea sabemos de la importancia de una medida de este tipo para aprovechar un tiempo necesario y escaso. Otros países de nuestro entorno (Reino Unido) justifican la ausencia del trabajo por cualquier patología de menos de 7 días de duración con un modelo (*Self Certification Absence Form*) que rellena el propio paciente.

Propuesta 5. El tratamiento farmacológico

Sea cual sea el nivel asistencial en que el paciente sea atendido (hospital, domicilio o centro de salud) deberá recibir en la primera visita, a través de receta o directamente si fuera necesario, el **tratamiento farmacológico completo** para cubrir el periodo del desarrollo de la enfermedad, eliminando de esta manera las consultas redundantes innecesarias.

Propuesta 6. Ante la ausencia por enfermedad del personal sanitario

La previsible afectación de los trabajadores de los centros de salud motivará situaciones difíciles para asumir toda la carga de trabajo. De ser así, la población debe conocer que, aún siendo una situación excepcional, hay unos **límites razonables a la carga de trabajo** de cada profesional sanitario. Por ello, se solicitaría a los pacientes que presenten otras patologías no preferentes que asuman la necesidad de pasar a un segundo plano y retrasar su consulta. Las autoridades sanitarias han de hacer campaña pública de esta situación y apelar a la solidaridad social. Para garantizar la adecuada cobertura de los servicios sanitarios prioritarios, la Administración deberá contratar todos los profesionales que necesite, siempre que tengan la capacidad suficiente. Para evitar problemas y conseguir la necesaria agilidad para ello, tanto la Administración como los sindicatos deberán acordar las modificaciones de las condiciones de trabajo y de los procesos de selección de personal temporal que se requieran.

Propuesta 7. Centros Residenciales para Personas Mayores y otras instituciones

Los médicos que trabajen en las residencias de ancianos, de discapacitados, etc. públicas y privadas, incluso los médicos del trabajo y mutuas de accidentes de trabajo, deberán tener **autonomía suficiente para realizar y ratificar** con su firma cualquier actividad burocrática, incluidas las recetas, que venga determinada por la asistencia a casos de gripe A y que hasta ahora no podían realizar. Ante una situación excepcional y conociendo la carga de trabajo no clínico que generan estos aspectos, la prioridad deberá ser la atención a los pacientes y las medidas deben favorecer y no entorpecer esa labor.

Propuesta 8. La atención telefónica directa a la población en los teléfonos habilitados

El uso de la población de los teléfonos habilitados: 061, Salud Responde, Sanitat Respon, entre otros y cualquier otro que habiliten las autoridades sanitarias como centro de información y asesoramiento, es una medida positiva tendente a la realización de un *triage* telefónico y a la instrucción de los pacientes en el correcto autocuidado. Su labor puede ser muy importante si contribuye a la descarga de la atención directa de los pacientes que soliciten información o presenten sintomatología que no precise la asistencia clínica directa de un médico. Los teléfonos de emergencias (112) deberán reservarse para un correcto uso.

Propuesta 9. La colaboración entre el centro de salud y el hospital

Se debería establecer un sistema ágil de comunicación entre el centro de salud y el hospital para la rápida atención del paciente de alto riesgo. Si el paciente ha sido valorado en Atención Primaria debería ser considerado como preferente a su llegada al hospital, evitando otra espera hasta la clasificación (*triage*) hospitalaria. Para ello, la disponibilidad de comunicación electrónica (correo electrónico) serviría también de ayuda. Los pacientes dados de alta a su domicilio han de salir del hospital con su medicación y con el informe de baja laboral cumplimentado como indicábamos en la recomendación 4. Este tipo de organización funciona en otros países (Reino Unido) y sería deseable que fuera lo habitual en todo tipo de patologías.

Propuesta 10. La comunicación con el paciente

Los pacientes informados y bien atendidos se muestran por lo general comprensivos con los problemas que pueden surgir ante una situación excepcional. La comunicación con ellos debe realizarse en todos los ámbitos. La información escrita ayuda a concretar los mensajes. Se deberán realizar dípticos para la entrega personal a todos los pacientes y sus familias con aspectos de higiene, medicación, consejos de autocuidado, así como las instrucciones necesarias para un correcto uso de los servicios sanitarios. Con una buena organización e información podremos afrontar la actividad asistencial de los próximos meses con serenidad, evitando que el daño de la enfermedad sea mayor que el de los síntomas que produzca, evitando el caos sanitario que provocaría efectos colaterales muy perjudiciales para la salud de la población.

<http://gripecalma.wordpress.com/>



<http://gripecalma.wordpress.com/>

Participan en esta iniciativa:

Vicente Baos *, CC Baxter *, Rafael Cofiño*, José Cristóbal Buñuel Alvarez **, Juan José Bilbao *, Julio Bonis*, Rafael Bravo Toledo*, Carlos Cebrián*, Fernando Comas ****, Juan José, Delgado Domínguez**, Lis Ensalander *, Enrique Gavilán *, Juan Gérvas*, José M. Garzón*, Fco. Javier Guerrero*, Raquel Gómez Bravo *, Maria Gomez Bravo****, Ramón González Corrales*, Javier Vicente Herrero ***, Rafael Jiménez Alés**, José Luis Quintana *, Miguel Ángel Máñez ****, Manuel Merino Moína**, Sergio Minué*, Miguel Molina*, Pepe Murcia**, Rafael Olalde Quintana*, Jonay Ojeda****, Pablo Pérez Solis*, David Pérez Solis**, Javier Padilla +, Salva Pendón*, Vicente Rodríguez Pappalardo*, Antonio Ruiz*, Iñaki Sánchez *, Mateu Seguí *, Elena Serrano +, Sophie ++, Antonio Villafaina ***.

*Médico de familia/de cabecera, **Pediatra, ***Farmacéutico, **** Otros, + Residente MFyC, ++Estudiante de Medicina.

Nos han ayudado:

- * Nacho Quesada. Diseñador. Corte y Comunicación Social
- * Uxia Gutierrez Couto. Bibliotecaria. Ferrol
- * Asunción Rosado. Médico de familia. Madrid
- * Marisol Galeote. Farmacéutica. Extremadura
- * Javier Vicente Herrero. Farmacéutico. Asturias.

Todo el material de este blog esta bajo la Licencia Reconocimiento 3.0 Unported de Creative Commons. Usted es libre de: copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, hacer obras derivadas Pero debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciador (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).



<http://gripeycalma.wordpress.com/>



Listado de blogs participantes

Amantea:

<http://amantea.blogia.com/>

ATensión Primaria:

<http://atensionprimaria.wordpress.com/>

Bloc d'un Metge de Família:

<http://metgedefamilia.blogspot.com/>

Blog de los farmacéuticos rurales:

<http://www.farmaceticosrurales.blogspot.com/>

Crónicas de Mil en Uno:

<http://milenuno.blogspot.com/>

Docencia en Plasencia:

<http://docenciaenplasencia.blogspot.com/>

El blog de saname:

<http://elblogdesaname.blogspot.com>

El consultorio :

<http://ccbaxter.wordpress.com/>

El cuaderno de Epidauro:

<http://elcuadernodepidauro.blogspot.com/>

El Gerente de Mediado:

<http://gerentemediado.blogspot.com/>

El Supositorio:

<http://vicentebaos.blogspot.com/>

Equipo CESCA:

www.equipocesca.org

El GIPI:

<http://www.infodoctor.org/gipi/>

Inquietudes en Primaria:

<http://medicablogs.diariomedico.com/inquietudesap/>

Medicina y Melodía:

<http://medymel.blogspot.com/>

Médico Crítico:

<http://medicocritico.blogspot.com>

Mi Pediatra:

<http://mipediatra.tk>

Mi Pediatra 2.0:

<http://jomurgar.wordpress.com/>

Miles de piedras pequeñas:

<http://megasalva.blogspot.com/>

Museo de la ciencia:

<http://museodelaciencia.blogspot.com>

Nemo Contra:

<http://nemocontra.blogspot.com/>

New Camas Journal Of Medicine:

<http://www.newcamasjournalofmedicine.blogspot.com>

Pediatra de cabecera:

<http://pediatradecabecera.com/>

Pediatría basada en pruebas:

<http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/>

Pella de Gofio del Dr Bonis :

<http://pelladegofio.blogspot.com/>

Pharmacoserías:

<http://pharmacoserias.blogspot.com/>

Polimedicado:

<http://polimedicado.blogspot.com/>

Primum non nocere:

<http://rafabravo.wordpress.com/>

Quid pro quo:

<http://borinot-mseguid.blogspot.com/>

rqgb's point of view:

<http://rqgb.wordpress.com/>

Salud Comunitaria:

<https://saludcomunitaria.wordpress.com/>

Salud con cosas:

<http://saludconcosas.blogspot.com/>

Saludyotrascosasdecomer:

<http://saludyotrascosasdecomer.blogspot.com/>

Saludyotrascosasdevivir:

www.proyectonets.org

Sinestesia Digital:

<http://sinestesiadigital.blogspot.com>