

Ministerio de Salud de la Nación

ESTRATEGIAS DE SALUD PÚBLICAS:

Se pretende brindar a las organizaciones herramientas a fin de optimizar los recursos disponibles como estrategia para reducir el daño (morbilidad y mortalidad) y el desorden que produce este aumento de demanda superando la respuesta de los servicios de salud.

I - ATENCION PRIMARIA:

Se organizará en base a dos ejes,

- 1. la atención domiciliaria a cargo de equipos de salud que pueden ser integrados por agentes sanitarios, enfermeras, estudiantes de enfermería, etc. que concurren al domicilio con el fin de controlar, identificar signos de alarmas que puedan complicar el cuadro y realizar la referencia y contra referencia de los pacientes cuando corresponda.**
- 2. Un equipo en atención en el centro de atención del Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) con el fin de asistir a todos los pacientes que consulten.**

Ambos equipos de atención deben identificar a las personas de grupo de riesgo bajo su cobertura y alertarlos para que en caso de presentar síntomas concurren para su tratamiento.

A) En el Centro de Atención Primaria:

- ✚ Reprogramar controles de niños sanos.
- ✚ Reprogramar el control de las embarazadas.
- ✚ Reprogramar turnos de pacientes que sean de otras patologías y no se consideren parte de la pandemia.
- ✚ Embarazo de alto riesgo se controlarán en otro lugar.
- ✚ Crear espacios de triage para dividir a los pacientes con sintomatología gripal de la consulta común habitual.
- ✚ Entrega de barbijos comunes para la sala de espera.
- ✚ Equipar con insumos para la atención domiciliaria.
- ✚ Reforzar el horario de atención por lo menos de 12 horas en cada centro de salud.

- ✚ Abrir centros de atención en lugares estratégicos de conglomerados de población.

B) Control Ambulatorio:

- ✚ Se formaran equipo que controlarán en forma domiciliaria a los pacientes escudados.
- ✚ Equipos integrados por agentes sanitarios, enfermeras, médicos, voluntariado.
- ✚ Movilidad para llegar al domicilio.
- ✚ Planilla de seguimiento de ambulatorio para pacientes.
- ✚ Control de paciente egresado del hospital durante días variables

C) Oficina de referencia y contra referencia:

Con el fin de prever, ordenar, articular y regular el ingreso y egreso de los pacientes internados y externados, con el primer nivel. Aplicar el seguimiento domiciliario a los pacientes dados de alta. Articulan en la misma representantes del Hospital y del 1er Nivel de Atención.

II - Recomendaciones para la optimización de los Servicios de Salud hospitalarios frente a la fase de mitigación. Ministerio de Salud de la Nación.

El segundo nivel de atención debe hacer diagnóstico virológico y tratar con antiviral específico a todos los casos de IRAG que se internen independientemente de los días de evolución y de la gravedad del paciente.

✓ **Conformación de Comité de Crisis Hospitalario.**

Conformar con las autoridades del Hospital un comité de contingencia que establezca las estrategias de refuncionalización hospitalaria y las medidas a desarrollar por los Servicios con comunicación fluida con los niveles de gestión estratégica (Regiones Sanitarias) a efectos de actualizar normativas de acción y conductas.

✓ **Admisión diferenciada.**

Desarrollar ámbitos adecuados para la recepción y orientación de pacientes (Triage inicial hospitalario, señaletica, etc.) independientes a las áreas habituales del hospital.

✓ **Medidas de Protección personal**

Prevención de la transmisión intrahospitalaria y entre consultantes que concurren al hospital por otros motivos.

Especial enfoque a la Protección del Personal de Salud afectados a áreas de alto riesgo con medidas de bioseguridad adecuadas

✓ **Atención ambulatoria.**

Desarrollo de la atención ambulatoria por demanda espontanea en áreas diferenciadas entre pacientes en general y los que concurren con síntomas de enfermedad tipo influenza tanto para adultos como para pacientes pediátricos con extensión horaria a la habitual.

✓ **Unidades de Gestión Hospitalaria**

Desarrollar Unidades de Gestión hospitalaria de pacientes a los efectos de crear un sistema unificado de registro de pacientes y reportes de hospitalización. Además esta importante herramienta de gestión actuará como unidad de coordinación (Atención ambulatoria e internación), referencia y contrareferencia y gestión de pacientes posterior a su egreso hospitalario.

✓ **Eventual reducción** o suspensión de sectores no críticos.

Redistribución del plantel de Profesional.

✓ **Conformación de equipos de Trabajo.**

Conformación de equipos con enfoque multidisciplinarios e integrador en la atención y evaluación de pacientes (atención por procesos) tanto para la atención diferenciada de los pacientes con sospecha de influenza como para el proceso ambulatorio y los pacientes internados.

✓ **Áreas de internación Abreviada. Hospital de Día.**

Desarrollar y/o ampliar áreas de observación y/o internación abreviada para la atención de pacientes pediátricos y adultos con patología respiratoria aguda. A los fines de definir criterios de internación y evaluar la progresión del cuadro para su ingreso hospitalario o alta y control domiciliario.

✓ **Capacitación del Personal.**

Desarrollar un plan de capacitación para todo el equipo de salud que interviene en la atención de estos pacientes a fin de evitar que los mismos se conviertan en pacientes disminuyendo la capacidad de respuesta de los mismos.

✓ **Articulación Regional o Central.**

Se informará a las Centrales de Emergencia ya que funcionan las 24 hs. Regionales o Nivel Central según la organización Provincial la disponibilidad de camas por sectores a fin de mantener un fluido monitoreo de este recurso a los efectos del pedido y diagramación de las derivaciones y traslados, en tiempo oportuno.

DESCENTRALIZACIÓN DEL DIAGNOSTICO

Provincias con capacidad de real time PCR:

Estas pueden confirmar resultados, notifican por epidemiología y/o SIVILA y mandan a cultivo las muestras positivas al CNI que corresponda.

Al momento existen reconocidas Pcia. de Santa Fe y CABA.

Provincias con capacidad de PCR convencional:

Estas pueden confirmar resultados como no tipificables que equivale a la nueva influenza H1 realizando:

PCR con primer de influenza A

PCR con primer H1 y H3 estacional

Estos primer serán provistos por Ministerio de Salud de la Nación.

Las muestras positivas se mandan a cultivar al CNI que corresponda y notifican por epidemiología y/o SIVILA.

Provincias sin capacidad de realizar PCR convencional:

La IFI indirecta tiene una alta correlación cercana al 90% con las muestras procesadas por rtRTPCR (comunicación verbal OPS) no así la directa. Por lo tanto se puede hacer vigilancia estacional y screening de ser necesario. En este caso mandar al CNI que corresponda los positivos de A y 10 % de negativos.

Las muestras sospechosas de nueva influenza se mandaran al CNI correspondiente.

Se notifican por epidemiología y/o SIVILA.

CNI Mar del Plata, ANLIS. Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara”

Recibirá muestras de la Pcia. de Bs. As. excepto Regiones 5, 6, 7 A y B, 11. Pcias de Santa Cruz, Chubut, Rio Negro y La Pampa.

CNI Córdoba, Instituto Virología “Dr. Vanella”

Recibirá muestras de las Pcias. De Córdoba, Mendoza, San Juan, San Luis y La Rioja.

CNI Buenos Aires. ANLIS. INEI “Dr. C Malbran”

Recibirá muestras del resto del país.