



INFORME

**APORTES DESDE EL ÁREA
DE LA INFECTOLOGÍA**





APORTES DESDE EL ÁREA DE LA INFECTOLOGIA (ASISTENCIA AMBULATORIA) Y ALGUNOS CONCEPTOS GENERALES

Sería importante tener una [encuesta](#) de todos los prestadores sobre el uso de la telemedicina (solo telefónico? Uso de videollamadas? Se escribe en la HC electrónica? Hay una pestaña diferenciada para este tipo de consultas? Se le provee al medico un celular, Tablet, etc y quien carga con los gastos de las llamadas?, etc)

[Hacer mas robusto el triage](#): llamada telefónica el día anterior para ver si el paciente tiene síntomas compatibles o no con COVID-19. Nuevo triage (que ya está instrumentado) por parte del administrativo cuando el paciente llega a la consulta. Evaluar si un enfermero no debería volver a hacer uno antes que el paciente ingrese al área de espera antes de ser asistido.

Los pacientes estables (ejemplo VIH con buena inmunidad y carga viral indetectable) podrían seguir repitiendo receta electrónica y telemedicina.

[Que no haya aglomeraciones](#) en sala de espera.

La paraclínica debe ser con agenda para evitar aglomeraciones y [favorecer las extracciones de sangre a domicilio](#).

Lo que se fortaleció en la [atención domiciliaria no desmantelarlo-mantenerlo](#).

[Priorizar](#): las primeras consultas, los pacientes post altas para un control presencial en policlínica. (ejemplo en infectología sería pacientes con infecciones de dispositivos: vasculares, protésicos, etc)

En patologías crónicas hay que buscar un equilibrio porque todo lo que es adherencia es muy importante. [Lo presencial es muy importante porque se genera un contrato medico paciente de ambos lados](#). Cada nueva consulta es un contrato que se pacta.



Otras especialidades oncológicas, hematológicas.

Se debería hacer distintos niveles de priorización para retomar la consulta en policlínica? Parece razonable.

Para una última etapa sería por ejemplo el cribado de cáncer de mama ¿ el cribado de cáncer de cérvix?

Espaciar las consultas para evitar que se sobrecargue la sala de espera alternando consultas presenciales con teleconsultas o videollamadas (TC o VL). Seleccionar las consultas de manera de hacer una primera valoración a distancia con TC o VL y definir si se requiere valoración presencial y en ese caso solicitar primero los exámenes que sean necesarios por ejemplo. Intentar que ya venga con resultado de VFRL si es control de sífilis o con carga viral si es VIH para control. Además, si el paciente debe concurrir que ya realice todo lo que necesita, por ejemplo vacunarse, sacarse sangre, dejar muestra para urocultivo, o lo que se necesite.

Minimizar la gente presente, tomarle la presión nosotros en lugar de que esté el enfermero en el consultorio.

Evitar que posgrados o estudiantes compartan consultorio, que vean pacientes y nos los cuenten y solo entrar si es imprescindible. Lo ideal es digamos hacer que le rinda la vez que va, minimizar la concurrencia y alternar con VL o TC.

Minimizar el tiempo que interactuamos, ver primero la historia, ver los exámenes, reclamar los resultados que faltan, revisar las indicaciones y ahí recién hacer entrar al paciente.

A los muy inmunodeprimidos tratar de verlos el mismo día que tengan coordinado exámenes.

Las lecciones aprendidas en cuanto a atención telefónica/videollamadas y la atención domiciliaria no se debe dejar de lado e incluso reforzar. Esto va a permitir tener salas de espera que permitan un distanciamiento social.

Protocolos claros de distanciamiento social, uso de mascararas, higiene de manos e higiene ambiental.