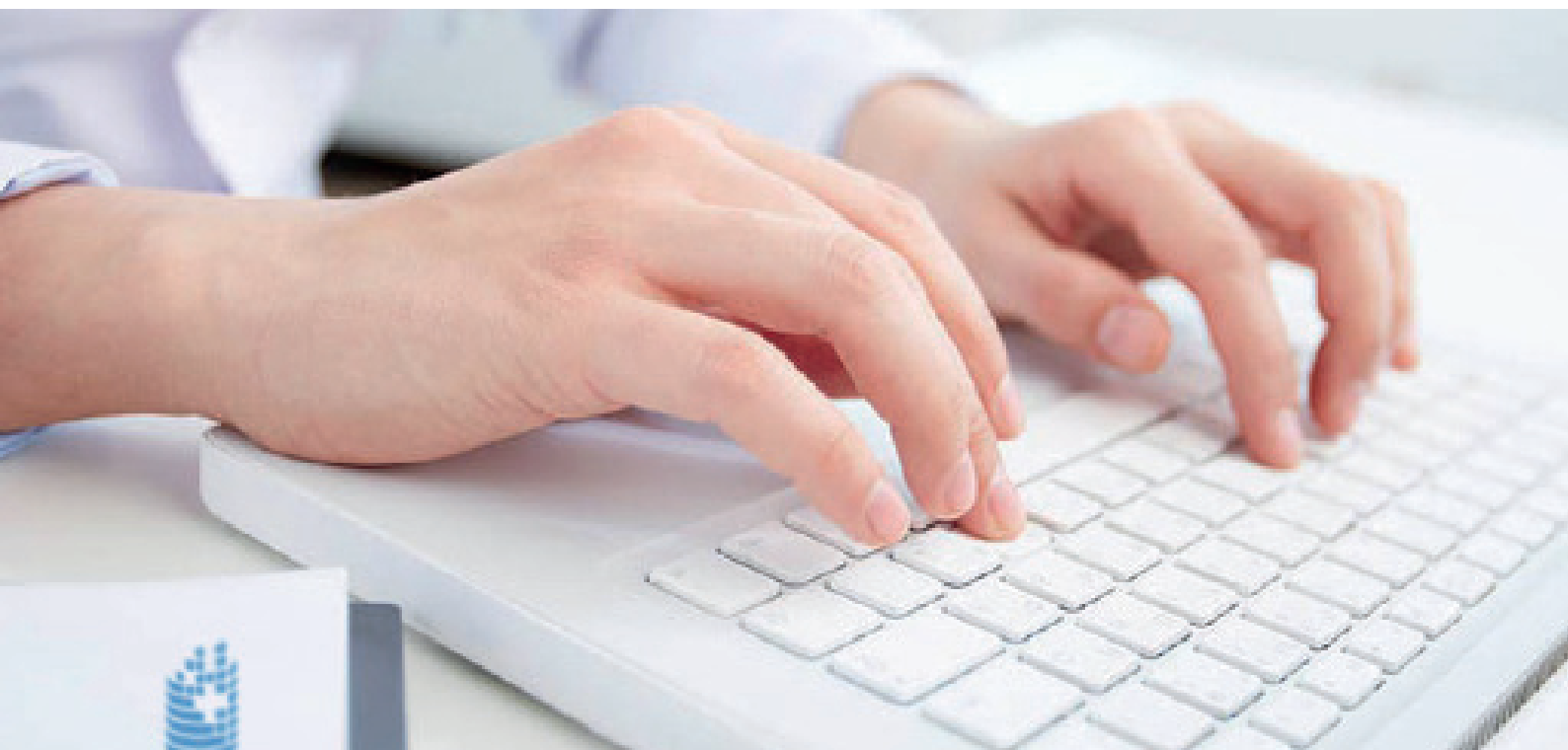


INFORME

- 1- Triage de procedimientos diagnósticos invasivos y quirúrgicos.**
- 2- Triage de asistencia de pacientes ambulatorios.**
- 3- Comunicación a la población.**





DOCUMENTO GRUPO ESPECIALIDADES

Se analizaron tres grupos de temas

1. Triage de procedimientos diagnósticos invasivos y quirúrgicos.
2. Triage de asistencia de pacientes ambulatorios.
3. Comunicación a la población.

TRIAGE EN PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

1A- Un punto que se analizó fue la realización de test de diagnóstico COVID19 preoperatorios, en los grupos de cirugía electiva.

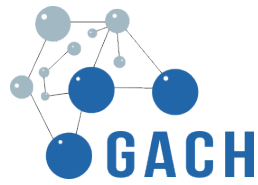
Varios ítems fueron puestos en la discusión

- Dado el estado de la pandemia en el Uruguay y los tiempos y costos que insumiría el PCR y después de varias opiniones se generó un consenso en que parece razonable el protocolo difundido por el MSP que es compatible con el propuesto internacionalmente.

- Se propone que el Triage deberá ser ejecutado por personal experto preferentemente médico observándose como una posibilidad que el médico anestesista pueda ser el que cumpla ese rol en forma más adecuada. Deberá tenerse en cuenta la confiabilidad de las respuestas, tomando en cuenta la variabilidad que pueda presentarse entre grupos socioculturales, etarios, entre otros.

- En la cirugía electiva en los que pueda existir algún riesgo de complicación por no realizar la intervención se valorará la urgencia de cada caso individualmente (considerando riesgo/beneficio)

- En la cirugía de urgencia por procesos patológicos quirúrgicos no postergables, deben ser evaluados varios aspectos a la hora de tomar decisiones: Ante la imposibilidad o la duda



se procederá como si el paciente fuese positivo asegurando la protección adecuada para el personal de sala de operaciones. (American College of Surgeons- Asociación Española de Cirugía).

- Todo este Triage protocolizado deberá ser considerado dentro del concepto que tiene un carácter dinámico, es decir, que si hay cambios en el comportamiento de la pandemia en el país deberán hacerse los ajustes en la gestión asistencial con un fin de hacerlos mas rigurosos sin suspender la asistencia ambulatoria.

1B- Otro punto del análisis fue la protección del personal de salud involucrado en los procedimientos. Frente a la información que en el Uruguay se realizan 220000 procedimientos intervencionistas anualmente y aun estimando que por las razones que genera la situación actual se realizaran un tercio de los mismos en el año, el uso de mascararas N95, mas mascararas protectoras agotaría en escaso tiempo la disponibilidad de las mismas que deberán ser utilizadas por otro personal de salud también con alta exposición.

Esa racionalización del uso de protocolo de protección deberá tomar en cuenta la categorización de los pacientes a ser tratados en de alto y bajo riesgo, clasificación que se generara del Triage previo y de ahí la importancia de la experticia de quien lo realiza. EL uso de PCR y procedimientos diagnósticos de infección deberán ser establecidos en base a esta categorización de riesgo. Otro aspecto vinculado a este concepto de racionalización en los sistemas de protección del personal de salud adecuados de acuerdo a la categorización de riesgo, deberán constar bien definidos en el protocolo.

Desarrollar una estrategia de cuidado del personal de la salud, que representa el grupo de riesgo mas expuesto, el mas infectado y mas infectante de la población. Para ello contar con un testeo programado, periódico y protocolizado del mismo, según el nivel de exposición vinculado a cada área o actividad asistencial. Este perfectamente puede realizarse, en forma estadísticamente significativa con muestras aleatorias diseñadas por las comisiones científicas, permitiendo no solo un diagnóstico y monitoreo de situación sino prevenir la diseminación de la infección y conservar el personal de la salud operativo y con capacidad de respuesta frente a posible aumento de casos.



1C- También se aconseja la instrumentación de un Consentimiento Informado de las pautas que establecen el protocolo, sus bases y referencias internacionales.

1D- También vinculado al punto 1C se cree conveniente que el seguimiento de todas estas pautas del Triage y de la gestión de los mecanismos de control deberán estar bien establecidas en el protocolo y que no depende de un acto volitivo del médico actuante sino de pautas establecidas desde los organismos reguladores de los procedimientos asistenciales (MSP).

Los puntos 1C y 1 D se remarcan para no exponer a los médicos actuantes a acciones relativas a demandas civiles y / o penales.

1E- Los integrantes más directamente involucrados en los procedimientos quirúrgicos destacan que el uso de mascarillas N95 en procedimientos extensos generan un nivel de incomodidad en el cirujano que puede incidir en el trabajo del mismo.

TRIAGE PARA ASISTENCIA DE PACIENTES AMBULATORIOS

2A- Se analiza la ejecución de un Triage doble, uno al solicitar hora telefónicamente que pueda generar también una categorización de riesgo del paciente, con síntomas vinculantes y/o comorbilidades significativas. (Algunas pautas básicas constan en documento adjunto). Poder derivar en consultas telefónicas cuando se trata de repetición de medicación o controles que el médico pueda realizar razonablemente en forma remota.

2B- Se propone que la gestión de los espacios de circulación en policlínica deben estar bien establecidos, la distancia en una sala de espera, la rigurosa disciplina en aumentar los tiempos entre paciente y paciente a fin de minimizar los contactos lo que se complementara con la implementación de una consulta remota y una presencial.

2C- Instrumentar la gestión del 2º control , que personal lo realiza y circulación de pacientes , la toma de To a la entrada de los establecimientos.

2D- La determinación de la rigurosidad en los mecanismos de protección de acuerdo a las especialidades, ORL tiene muy alta exposición por las características y el rol de los procedimientos observacionales en esta especialidad, que es menos relevantes en otras.



2E- Se recomienda que a los pacientes con Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en etapas más avanzadas de su enfermedad se realice un control activo desde cada institución de salud, planificando controles de laboratorio y consultas coordinadas desde la institución

. Es el caso de los pacientes oncológicos, la enfermedad renal crónica estadio IV y V y otras enfermedades crónicas que requieren controles regulares.

COMUNICACIÓN

Hubo un consenso de la relevancia que tiene la comunicación para el manejo de la comunicación a la población en la información que remarque la rigurosidad de los protocolos que den seguridad a los usuarios. Se ha observado el sentimiento de temor a concurrir a asistirse lo que ha comenzado a tener impacto en la aparición de complicaciones evolutivas que se vinculan a la no consulta o a la demora en ella.

En ese sentido la comunicación deberá tener el objetivo de generar confianza.

3A- El uso de la APP del MSP y la Agesic.

En ese sentido se recomienda utilizar los RRHH del MSP y Agesic para la difusión de pautas que a través de estrategias de comunicación recompongan la confianza.

Se observa como recomendable el intercambio de información entre el grupo del MSP y de Agesic y los expertos en las distintas áreas de asistencia, que optimicen las estrategias de comunicación.

3B- Dado la limitación de llegar a toda la población a través de estas tecnologías de comunicación y fundamentalmente pensando en el adulto mayor o en personas con bajo acceso a algunas tecnologías, también se propone difundir con los mismos principios que en las APP, en campañas de Bien Público por los medios públicos y privados, como las que se utilizan con lo que se lograría mayor cobertura comunicacional.

3C- Se debe comunicar con claridad y con la mayor difusión posible que para que la asistencia en policlínica funcione las medidas que se instrumentaron para la realización de exámenes paraclínicos, laboratorio, radiológicos, etc. La comunicación deberá estar enfocada a generar confianza en el usuario que hoy está debilitada.