

2. Acciones Operativas

A continuación se presentan las acciones operativas que debieran ser implementadas en cada establecimiento de salud y que están propuestas en tres líneas de secuencia, que se describen a continuación:

Acciones de Primera Línea

Para los establecimientos de salud ubicados en países o zonas en donde aun no se han confirmado casos de infección por influenza A/H1N1.

Acciones de Segunda Línea

Para los establecimientos de salud ubicados en países o zonas en donde ya se han presentado casos confirmados de infección por influenza A/H1N1.

Acciones de Tercera Línea

Para los establecimientos de salud ubicados en países o zonas en donde se están presentando casos de infección por influenza A/H1N1 y se evidencia sobredemanda de los servicios de salud y en particular de carácter hospitalario.

Cuadro 1: Organización y Coordinación

Primera Línea	Segunda Línea	Tercera Línea
<p>1) Activación del Comité Hospitalario de Emergencia:</p> <p>a) Revisión y actualización del Plan Hospitalario de Emergencia (componente emergencias sanitarias)</p> <p>b) Actualización de cadena de llamadas y de niveles de alerta</p> <p>2) Concertación con otros sectores de apoyo al establecimiento sobre medidas de contingencia previstas para la pandemia en preservación de los servicios básicos (energía, comunicaciones, acueducto, recolección de desechos ordinarios y patógenos, sector funerario, etc.)</p> <p>3) Organización de equipos de atención domiciliar-extramural (ver anexo 1).</p>	<p>1) Designación del personal presencial y disponible de acuerdo al nivel de alerta definido.</p> <p>2) Medidas de administración de personal tendientes a garantizar el mayor número de trabajadores en el inmediato y mediano plazo (al menos por 4 meses).</p> <p>3) Suspender obras de carácter locativo que no puedan ser concluidas en el inmediato plazo (2 semanas) y que impliquen restricción en la prestación de servicios.</p> <p>4) Establecer suplentes de los niveles directivos y gerenciales que garanticen totalmente la toma de decisiones y gestión de recursos ante la ausencia del titular.</p> <p>5) Designar un canal único de comunicación para información y reporte de casos.</p>	<p>1) Activar medidas administrativas para restringir tránsito interno en el establecimiento; reducción de horarios de visita, restricción de visitantes, reducción de acompañantes a la consulta ambulatoria (sólo un acompañante si es absolutamente necesario).</p> <p>2) Considerar locales alternativos de atención extramurales para mantener programas habituales de baja complejidad (hipertensos, crecimiento y desarrollo, control prenatal, vacunación, etc.)</p>

Cuadro 2: Control de Infecciones

Primera Línea	Segunda Línea	Tercera Línea
<ol style="list-style-type: none"> 1) Activación del Comité Hospitalario de Infecciones 2) Intensificación en el cumplimiento de precauciones estándar y de gotas para control de infecciones en el personal de salud. 3) Incorporación de mecanismos de información y orientación a los usuarios (pacientes y visitantes) sobre medidas de control de infecciones, higiene respiratoria y normas al toser o estornudar. 4) Difusión sobre los criterios de uso y distribución del equipo de protección personal a todo el personal del establecimiento de salud. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Identificación y señalización de áreas, rutas y zonas de aislamiento (habitaciones o pabellones) en donde empezaran a ser atendidos los casos. 2) Monitoreo estricto al uso de elementos de protección personal en el personal de salud (mascarilla tipo quirúrgico, guantes, máscara facial o protección ocular, respirador tipo N 95), de acuerdo con el protocolo de control de infecciones. 3) Incorporar e implementar en los protocolos de atención de otros servicios (odontología, donación de sangre, rehabilitación), acciones que permitan detectar casos sospechosos o contactos con casos. 4) Los casos remitidos que se reciban en el establecimiento deben pasar directamente al área de aislamiento hospitalario (habitación o pabellón), evitando estaciones innecesarias. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Limitación de la realización de procedimientos generadores de aerosoles para casos sospechosos, probables o confirmados (nebulizaciones respiratorias, broncos_ copias, autopsias)

Cuadro 3: Vigilancia Epidemiológica

Primera Línea	Segunda Línea	Tercera Línea
<p>1) Implementar y/o intensificar las medidas de vigilancia y notificación de acuerdo con las directrices de la autoridad sanitaria y de conformidad con la definición de caso vigente.</p> <p>2) Asegurar y difundir dentro del personal responsable los procedimientos para recolección embalaje y envío de muestras para realizar diagnóstico de laboratorio clínico de acuerdo con las directrices de la autoridad sanitaria.</p>	<p>1) Mantener acciones de vigilancia de contactos.</p> <p>2) Intervenir en forma precoz casos sospechosos en comunidades cautivas a fin de contener brotes institucionales.</p> <p>3) Mantener las acciones de reporte y notificación.</p>	<p>1) Monitorear la progresión de incidencia de casos y los cambios en el perfil de morbilidad o mortalidad.</p>

Cuadro 4: Triage (ver anexo 2)

Primera Línea	Segunda Línea	Tercera Línea
<p>1) Disponer de un área limitada, de poco tránsito, contigua pero no incorporada al ambiente hospitalario para implementar triage de sintomáticos respiratorios.</p> <p>2) Asegurar la disponibilidad de los recursos básicos para el funcionamiento de dicha área: elementos de protección personal, suministros para higiene de manos, elementos de registro, equipo médico, muebles, etc.</p> <p>Designar al personal médico, administrativo y logístico para dicha área.</p> <p>3) Difundir la información pertinente al personal del establecimiento sobre la implementación de triage para sintomáticos respiratorios, señalar las rutas y espacios definidos para dicho fin.</p> <p>4) Implementar el triage en la demanda originada en los servicios de urgencia, según protocolo anexo y descrito en la guía de abordaje clínico de OPS.</p>	<p>1) Derivar toda la demanda de sintomáticos respiratorios originada en consulta ambulatoria o urgencias hacia el área de triage (excluir pacientes respiratorios crónicos en control).</p>	<p>1) Considerar la implementación de estrategias de triage ventilatorio o de ingreso (estancia) en Unidad de Cuidado Intensivo, en establecimientos con dicho recurso y que estén viendo superada su capacidad de respuesta.</p>

Cuadro 5: Gestión de Camas

Primera Línea	Segunda Línea	Tercera Línea
<ol style="list-style-type: none"> 1) Reforzamiento al sistema de Referencia y Contra referencia 2) Reforzamiento a los sistemas de regulación médica 3) Promover la elaboración de protocolos de altas tempranas en servicios de hospitalización 4) Promover estrategias de hospitalización cuidado domiciliario. (ver guía de manejo clínico) 5) Promover estrategias de hospitalización día / internación breve /salas ERA (manejo y estabilización de Enfermedad Respiratoria Aguda) 6) Prever protocolos de reconversión de camas y de zonas de expansión 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Habilitar nuevas camas individuales de aislamiento o múltiples en la medida en que se formen cohortes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Diferir atenciones de pacientes con otras patologías que no sean potencialmente mortales y que por el retraso no impliquen severas consecuencias adversas. 2) Remitir pacientes de larga estancia a unidades de internación para crónicos en la misma medida como se vaya generando disponibilidad en estas. 3) Reconvertir camas de servicios electivos (recuperación cirugía ambulatoria, cuidados paliativos, etc.) a camas operativas para servicios prioritarios y casos de infección por influenza A H1N1. 4) Remitir pacientes hospitalizados agudos (por ej. Post-operatorios baja complejidad) para continuar su manejo domiciliariamente (o en niveles de atención) siempre y cuando la atención pueda proporcionarse con seguridad en ese ambiente. 5) Habilitar unidades de internación complementarias y no convencionales (hoteles, escuelas, coliseos, hospitales de campaña, etc.), esto como último recurso y considerando el criterio que deben ser unidades de atención autosuficientes.

Cuadro 6: Gestión de Recursos

Primera Línea	Segunda Línea	Tercera Línea
<ol style="list-style-type: none"> 1) Identificar las bases de datos del recurso humano incluyendo la actualización de teléfonos y dirección (ver lamina anexo 3). 2) Definir y difundir los lineamientos internos para el recurso humano en materia de alertas, disponibilidad y presencialidad ante una probable emergencia. 3) Identificar con base en los lineamientos locales o nacionales un recurso humano de segunda línea (voluntarios, universidades, etc.). 4) Definir las funciones y protocolos para el eventual recurso humano extra que se prevea. 5) Actualizar convenios con proveedores de insumos en especial en cuanto a elementos de protección personal, suministros de higiene de manos, aseo, desinfección y medicamentos previstos en las guías de manejo. Lo anterior redefiniendo condiciones que garanticen tiempos de respuesta y existencias requeridas. 6) Definir la estrategia de almacenamiento y distri- 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Destinar personal y equipo exclusivo (en la medida racional) para la atención de los casos. 2) Incrementar el stock de elementos de protección personal e insumos críticos para la atención de casos (mínimo en un 20% más del habitual) 3) Implementar mecanismos de monitoreo y alerta de los stocks de elementos de protección personal e insumos críticos. 4) Entrenar a equipos de recurso humano extra en los procedimientos que se han definido como funciones de apoyo a cargo de ellos. 5) Reponer elementos de protección personal e insumos críticos cuando se alcance un consumo del 40%, considerando los tiempos de respuesta de los proveedores. 6) Prever acciones de contingencia con otros establecimientos de salud (de la 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Incorporar al recurso humano extra en las acciones predefinidas por el establecimiento, empezando por aquellas que impliquen menor exposición a casos (atención de programas habituales: vacunación, hipertensos, crecimiento y desarrollo, entre otros). 2) Los elementos de protección personal (mascarilla tipo quirúrgico) de visitantes y acompañantes deben ser adquiridos por estos y no suministrados por el establecimiento. 3) Optimizar modalidades de apoyo no convencional como por ejemplo: <ol style="list-style-type: none"> a) Mejoramiento de la capacidad de los cuidadores (en especial para pacientes pediátricos). b) Alimentación para pacientes llevada por familiares según instrucciones nutricionales. 4) Activar acciones de contingencia previstas con otros establecimientos de salud en materia de insumos.

Primera Línea	Segunda Línea	Tercera Línea
<p>bución de los suministros y medicamentos que garantice disponibilidad inmediata, seguridad, uso racional, ocupación de espacio eficiente.</p> <p>7) Definir una política y una estrategia para asegurar un stock de emergencia que responda en los primeros días de la crisis.</p> <p>8) Definir la estrategia de almacenamiento y distribución de los suministros y medicamentos que garantice disponibilidad inmediata, seguridad, uso racional, ocupación de espacio eficiente.</p> <p>9) Fortalecer el componente de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico y en general de todos los dispositivos electro-mecánicos que se espera vean incrementada su utilización.</p> <p>10) Mantener registros exhaustivos de consumo de suministros, materiales médicos y medicamentos.</p>	<p>misma red o del área de influencia) que permitan algún tipo de transacción transitoria de insumos críticos o elementos de protección personal en caso de déficit de estos.</p>	

Cuadro 7: Protección de la Salud y Seguridad del trabajador de la Salud

Primera Línea	Segunda Línea	Tercera Línea
<ol style="list-style-type: none"> 1) Entrenamiento en utilización de elementos de protección personal y medidas de bio-seguridad. 2) Formular un sistema de vigilancia epidemiológica para síndromes febriles/respiratorios en trabajadores del establecimiento. 3) Adopción de protocolos para profilaxis (vacuna/antivirales) 4) Verificación de incapacidades del personal por razones de enfermedad tipo influenza (ETI). 5) Verificación de las redes de apoyo y personas dependientes de los trabajadores del establecimiento a fin de prever mecanismos de soporte en caso de crisis. 6) Anticipar necesidades domésticas del personal ante medidas de impacto social (guarderías, etc.) 7) Anticipar necesidades del personal de salud y de apoyo logístico y administrativo, mientras esté en el establecimiento (alimentación, descanso, comunicaciones, aseo) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Implementar el sistema de vigilancia epidemiológica para síndromes febriles/respiratorios en trabajadores. 2) El personal de salud que se haya identificado como grupo de alto riesgo de complicaciones o muerte por influenza (ver guía de abordaje clínico) no debe en principio en la medida de lo racional atender casos de infección por virus de influenza A H1N1. 3) Implementar el protocolo de profilaxis según disponibilidad y políticas en materia de vacunas y antivirales. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Brindar apoyo psicológico al personal de salud y de apoyo logístico del establecimiento. 2) Implementar las medidas de apoyo para el personal del establecimiento en los aspectos de necesidades domésticas y por estancias prolongadas en el servicio.

Anexo 1

A. Organización de equipos de atención domiciliar/extramural

Algunos países han organizado la atención de primer nivel conformando “equipos de atención” que se asumen la vigilancia y atención de un grupo determinado de familias que comparten un espacio comunitario. Ejemplos de ellos son los EBAIS de Costa Rica, Las UNAP de la República Dominicana, “Salud a su casa” en Bogotá, entre otros. Usualmente estos equipos están integrados al menos por un médico general y una auxiliar de enfermería, y revisten especial valor estratégico para la atención domiciliar de casos sospechosos, probables y confirmados, junto con sus contactos potenciales. Coordinan acciones sirviendo de enlace con servicios de atención de mayor complejidad (hospitales).

La atención extramural es clave para mantener disponibilidad de camas en niveles de mayor complejidad y además contribuye a reducir el riesgo de propagación.

En muchos países y territorios se están organizando servicios destinados a la orientación a la comunidad para atender dudas y consultas mediante líneas telefónicas o “*call centers*”, los cuales es necesario articular a los servicios de salud. Para facilitar estas articulaciones, se incluyen las siguientes recomendaciones:

- Conformar los equipos de atención domiciliar/extramural. Idealmente por médico general y enfermera/auxiliar de enfermería.
- Organizar territorialmente la distribución de responsabilidades de los equipos y articulados con hospital de referencia. Compartir estas informaciones con responsables de “*call centers*” o líneas telefónicas de consulta, de manera tal que quienes reciben la llamada sepan a donde redireccionar al ciudadano que llama, de acuerdo a necesidades, o bien, activar al equipo de atención domiciliar/extramural para que asista a la dirección indicada.
- Capacitación rápida de estos equipos para el adecuado diagnóstico y manejo de casos sospechosos, y garantizar la articulación/comunicación de estos servicios extramurales con los demás establecimientos de la red de atención, de acuerdo

a las características que sean definidas en cada territorio. Incluir medidas de aislamiento, conducta inmediata a seguir en cada caso, exámenes complementarios, otros.

- Dotar a cada equipo de mascarillas de tipo quirúrgico (preferiblemente rígidas), guantes desechables (no estériles), batas, gafas, alcohol en gel, equipo básico de examen clínico (termómetros, estetoscopio, esfigmomanómetro, equipo de diagnóstico con otoscopio y faringoscopio, oxímetro de pulso, otros de acuerdo a capacidad y necesidades), papelería de registro y formularios con formatos de llenado rápido que faciliten la anamnesis, lista de chequeo para direccionar el examen clínico en busca de signos y síntomas que permitan clasificar rápidamente el caso. Búsqueda de factores de riesgo asociados (ver listado en grupos de riesgo); que contribuya a la toma de decisiones al momento de la visita (inicio de tratamiento, pruebas y exámenes complementarios, remisión a centro de atención hospitalario).

B. Apoyo logístico para los equipos de atención domiciliar/extramural

- Dotar a estos equipos de teléfono móvil y/o radio, para que puedan entrar en contacto directo y en forma ágil con el hospital o centro de referencia, evacuar dudas, comunicar casos o situaciones especiales, coordinar eventuales traslados de pacientes, recibir llamadas del “*call center*” o del centro de “despacho” de atención telefónica habilitado para el público.
- Transporte para movilizar los equipos.
- Disponibilidad de ambulancias equipadas para traslado de casos que por su condición ameritan manejo intrahospitalario.
- Facilidades para toma y transporte de muestras.
- Stock de tratamiento antiviral para inicio inmediato.
- Stock de mascarillas y guantes para dejar en el domicilio visitado cuando amerite implantar medidas de aislamiento.

- Material impreso con recomendaciones a la familia (medidas de aislamiento y protección personal, uso de medicamentos, riesgos de automedicación, signos de alerta e instrucciones para consultar de nuevo en caso necesario).
- Recomendaciones para toma y manejo de muestras.
- El equipo de atención domiciliaria debe estar en capacidad de evaluar condiciones especiales referentes al caso (personas con discapacidad o pacientes geriátricos con pobre soporte familiar, turistas, enfermos mentales, entre otros) o sus contactos, que representen mayor riesgo en su evolución clínica, en la posibilidad de contagio a otros y dificultades en el seguimiento por múltiples razones (mala accesibilidad, inseguridad, falta de comunicación, etc.).

Anexo 2.

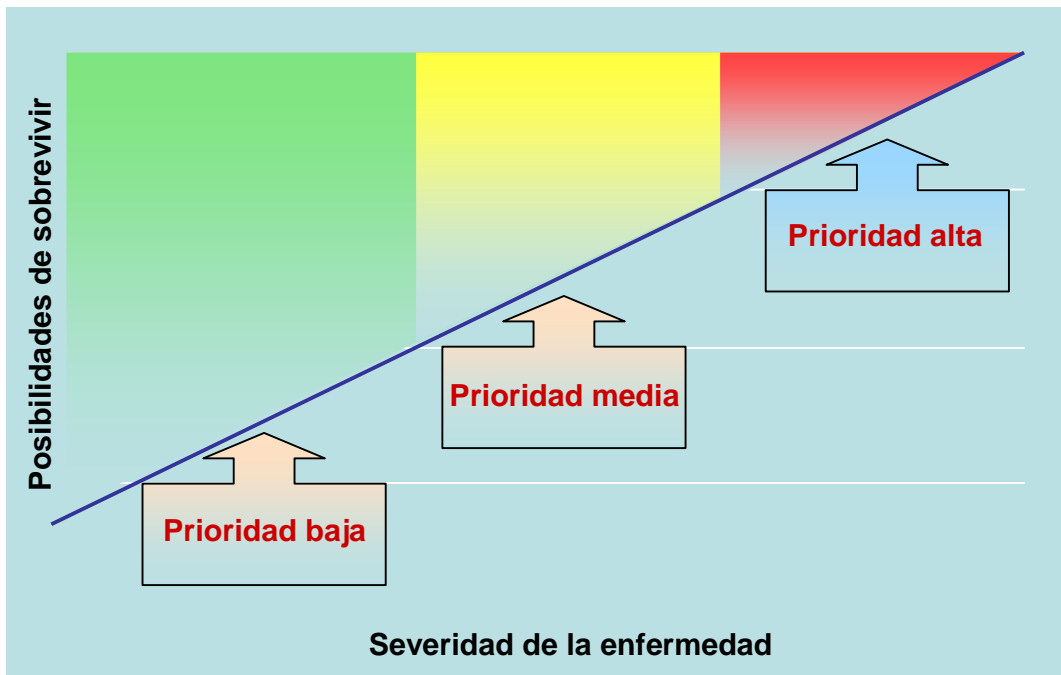
Organización del TRIAGE

- Identificar y adaptar un área física exclusiva para realizar la clasificación y atención ambulatoria de personas con sintomatología respiratoria. Debe tener restricciones de uso y tránsito y estar separada de ambientes hospitalarios y/o de consulta externa.
- Establecimientos de primer nivel de atención ambulatoria sin camas (Centros de salud, clínicas menores, otros), deberán identificar y acondicionar un espacio o consultorio para la atención de sintomáticos respiratorios, o implementar en el espacio actual las medidas de protección personal y aquellas dirigidas a la reducción de la transmisión aquí enunciadas.
- Considerar la alternativa de que personal de apoyo logístico y/o administrativo (vigilancia, recepción, otro), apoye el direccionamiento de las personas que demandan consulta por sintomatología respiratoria hacia esta área acondicionada. Complementar con señalización y mensajes claros que orienten y conduzcan a los usuarios. Establecimientos pequeños de atención ambulatoria (centros de salud, clínicas menores), colocar recomendaciones para usuarios en lugar visible e implementar medidas de bioseguridad, tales como entrega de mascarillas

tipo quirúrgico rígidas a personas que acuden a consulta y comparten sala de espera.

- Los casos sospechosos y sus acompañantes (preferiblemente ninguno o máximo uno por cada caso), deberán ser derivados a la sala de espera del área destinada para TRIAGE. Es conveniente que esta sala, ante el elevado número de casos esperados, sea amplia, ventilada y con servicios de aseo propios.
- Los consultorios destinados al TRIAGE deberán contar con facilidades para el interrogatorio y examen físico, la higiene de manos y manejo de desechos.
- El área destinada a Observación de casos sospechosos deberá contar con oxígeno, facilidades para toma de muestras bajo medidas de bioseguridad, procedimientos y estabilización de pacientes.
- Todo el personal destinado al área de TRIAGE debe disponer y utilizar elementos de protección personal básicos, tales como: mascarilla tipo quirúrgico para la totalidad del personal y pacientes (y acompañante) que ingresan a esta área; guantes desechables para el personal asistencial y cualquier otro que en un momento dado deba entrar en contacto cercano con el paciente (toma de muestras, aseo, camilleros, otros).
- Los casos que sean descartados como probables/confirmados podrán ser redireccionados al servicio pertinente (urgencias, consulta externa, otro): Se recomienda que se le entregue a estos pacientes un documento que indique que fue sometido a TRIAGE y señale la calificación de DESCARTADO.

Niveles de Priorización del Triage



Anexo 3

Planificación del Recurso Humano

