

CRITERIOS BASICOS Y COMUNES PARA LOS PLANES DE RESPUESTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD ANTE LA PANDEMIA DE GRIPE A

AGOSTO 2009



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

CRITERIOS BASICOS Y COMUNES PARA LOS PLANES DE RESPUESTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD ANTE LA PANDEMIA DE GRIPE A

I) PROTOCOLO DE COORDINACIÓN

- Definir una estructura de Coordinación para distribución de recursos y flujo de pacientes.

Con la finalidad de garantizar la correcta organización de los recursos sanitarios necesarios para la atención de los pacientes que presenten un cuadro de gripe, se dispondrá de un Centro de Coordinación de la Pandemia que será el responsable de la recepción de las llamadas que tengan relación con la gripe, la gestión del flujo de pacientes y la derivación a los diferentes niveles asistenciales que correspondan en su caso.

El Centro de Coordinación dispondrá de la capacidad de equipamiento preciso para ejercer las funciones de de intercomunicación, coordinación sanitaria y asistencial,

El Centro Coordinador tendrá conocimiento actualizado de la distribución de los recursos y podrá efectuar una redistribución de los mismos para atender a las necesidades que se planteen en cada momento.

Las líneas de coordinación deben tener como premisas:

- Las necesidades de atención de la población
- La oportunidad del máximo manejo domiciliario de los casos
- La derivación conforme a criterios únicos bien definidos
- Las posibilidades terapéuticas en función del sustrato biológico

○ **Modelo de clasificación de pacientes que demanden asistencia (triage)**

- **Demanda telefónica:** Se habilitarán circuitos de atención telefónica para la atención de casos sospechosos o de llamadas informativas diferenciándolas del resto de demanda de asistencia sanitaria. Lo realizará el personal responsable de la recepción de la llamada.

Se definirán esquemas de actuación siguiendo un protocolo estructurado y sistemático (algoritmos), con propuesta de actuación por si fuera necesaria la valoración por personal sanitario.

Se planificarán actividades de entrenamiento y formación a los operadores para garantizar su efectividad en la categorización de los pacientes (triage)

- **Demanda presencial:** Lo realiza personal sanitario médico o, preferentemente, de enfermería. Se efectúa mediante protocolo y se asignan recursos en función de las características del caso y el algoritmo de actuación.

Los Algoritmos deben contemplar una serie de hallazgos que discriminen la posible presencia de:

- 1) Síntomas de Alarma
- 2) Factores o Antecedentes personales de riesgo
- 3) Síntomas/Signos de Gravedad

II) IDENTIFICACIÓN DE RECURSOS DISPONIBLES

○ **Recursos Humanos:**

Se dispondrá de un listado de la plantilla por categorías y por áreas de actividad con un teléfono de contacto actualizado. En caso de necesidad, la plantilla operativa se actualizará diariamente.

Con carácter general, el personal sanitario y no sanitario se clasificará en tres grandes grupos:

- **Apto para trabajar:** personal asintomático o una vez recuperado de la gripe durante las etapas tempranas de la pandemia.
- **Apto para trabajar con restricciones:** por ejemplo, el personal recuperado de la enfermedad en fases iniciales sólo debe trabajar con pacientes con gripe A (H1N1).

- **No apto para trabajar:** el personal sanitario afectado de gripe en fase aguda.

Se estimarán las necesidades contratación de personal sanitario y no sanitario, así como su formación.

○ **Recursos Materiales:**

- Análisis de los recursos disponibles estructurales y de equipamiento.
- Se evaluará la disponibilidad de camas y estudiar fórmulas que amplíen la capacidad existente.
- En los centros sanitarios, se establecerán circuitos diferenciados para los pacientes con sospecha o confirmación de gripe A (H1N1).
- Se elaborarán planes de necesidades de recursos materiales, que deberán estar disponibles para la pandemia de gripe (por ejemplo, equipos de protección personal, equipos de cuidados respiratorios, equipos de succión, equipamiento de laboratorio, formularios, material de información) valorando las fases de adquisición ante la posibilidad de desabastecimiento de materias primas o un retraso en los periodos de entrega.

III) ANÁLISIS DE RECURSOS NECESARIOS

Las estimaciones y previsiones están basadas en los modelos de comportamiento de la gripe en otras pandemias y epidemias previas. Se trabaja con modelos elaborados por el centro para el control de enfermedades de EE.UU (CDC) http://www2.cdc.gov/od/fluaid/fluaid_page1.asp y el centro para el control y prevención de enfermedades europeo (ECDC).

El modelo diferencia tres tasas de ataque (15%, 25% y 35%), estimándose el número de pacientes que van a requerir atención sanitaria de primer nivel, el número de pacientes que acudirán al hospital y el número de fallecimientos.

De acuerdo con el modelo, se considera que la primera oleada podría durar como mínimo ocho semanas con una tasa de ataque del 25% en la primera ola pandémica.

○ **Estimación de recursos humanos necesarios**

Se considera necesario el aumento o redistribución de recursos de personal sanitario y no sanitario en el periodo pandémico. Hay que tener en cuenta el incremento de la demanda asistencial y el número de bajas del personal en la fase de pandemia: un 20%-30% de las personas en edad laboral pueden estar de baja por esta enfermedad.

En caso de necesidad se modificará la organización habitual de los servicios asistenciales tanto de atención primaria como de atención especializada para poder dar respuesta a una mayor demanda asistencial, así como la reasignación de funciones del personal.

Todos los profesionales deberán ser informados del plan de respuesta y de las circunstancias que surjan en relación con la asistencia sanitaria.

○ **Estimación de recursos materiales necesarios**

Se asegurará la disponibilidad de recursos materiales requiere tiene en consideración tres factores:

- las medidas de control de la infección y de protección del personal
- las estimaciones de demanda de asistencia por la pandemia,
- las necesidades de materiales que con carácter habitual son necesarias para otras actividades asistenciales que no puedan demorarse o aplazarse.

Es importante disponer previamente con las partidas presupuestarias correspondientes así como con los procedimientos de adquisición y suministro.

IV) PROTOCOLO DE ALTA FRECUENTACIÓN/ PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

a. **Se establecerán umbrales para la activación de las diferentes fases de respuesta de los dispositivos asistenciales.**

- **Atención Primaria:** Se definirán niveles de aplicación en función del incremento de la demanda de pacientes que acuden al centro sanitario o de los pacientes que solicitan atención domiciliaria. Se adecuarán las estructuras organizativas y los recursos humanos y materiales.
- **Atención Especializada:** Se definirán niveles de aplicación en función del incremento del número de urgencias que acuden al centro sanitario y del incremento del número de pacientes que se encuentran en observación y están pendientes de ingreso hospitalario. Se adecuarán las estructuras organizativas y los recursos humanos y materiales.

b. **Se definirán las actividades asistenciales que puedan ser diferidas.**

Con la finalidad de configurar la planificación de recursos más adecuada, cada centro asistencial deberá definir:

- **Servicios esenciales:** Son aquellos que proporcionan servicios habitualmente relacionados con la pandemia y aquellos otros que habrán de mantener una actividad no demorable hacia el resto de la población. Para ellos se concretará el número de efectivos y el número mínimo operativo. Debería contarse con un listado de personal cuya ausencia supondría una amenaza grave.
- **Servicios no esenciales:** Son aquellos que durante la pandemia pueden redistribuirse hacia otros servicios total o parcialmente, o bien pueden considerarse temporalmente demorables. Se concretará el número de efectivos, el número que podría estar disponible y los servicios donde estos efectivos podrían reubicarse.

c. Se identificará la actividad programada que puede ser suspendida o retrasada

Esto se puede llevar a cabo mediante el análisis de la actividad quirúrgica programada (se estima que puede ser desprogramable hasta el 70% de la actividad quirúrgica no urgente) así como de la identificación de las consultas externas y pruebas diagnósticas no preferentes. Se agilizarían las altas de los ingresos programados.

d. Se analizarán los recursos liberados

- **Humanos:** por ejemplo, cirujanos, anestesistas y profesionales de enfermería por la reducción de la cirugía programada. Y también médicos, enfermeras y otros profesionales por las actuaciones en consultas y pruebas diagnósticas.
- **Materiales:** por ejemplo, quirófanos, salas de reanimación, monitores, respiradores, camas, salas de consulta y locales de espera.

e. Se habilitarán, si es el caso, recursos extraordinarios

En atención Primaria

- Aumento de la oferta de consulta a demanda en los centros de salud.
- Disminución de la actividad programada y consultas administrativas en los Centros de Salud.
- Seguimiento de pacientes dados de alta hospitalaria.
- Seguimiento de pacientes a través del programa de atención personalizada de enfermería en domicilios.

En atención Especializada

- Apertura de camas de reserva, especialmente de críticos y semi-críticos.
- Instalación de nuevas camas en zonas habilitadas.
- Optimización de la utilización de camas en centros de apoyo.
- Establecimiento de sitios de ingreso alternativo en centros no específicamente sanitarios.

f. Comisiones de seguimiento en Hospitales y Atención Primaria

En la fase pandémica se crearán comisiones operativas de seguimiento en:

Atención Primaria: de ser posible, se creará una comisión en cada zona, área o demarcación establecida por la Comunidad Autónoma. Estará compuesta por los directores responsables de la asistencia médica, de enfermería y asuntos generales, asesorados por técnicos de salud pública. Sus funciones serán fundamentalmente la modificación de las agendas de los profesionales, distribución de los espacios para la atención de los pacientes según la patología que presenten, procurando el aislamiento/separación de los pacientes con gripe en todos los ámbitos asistenciales, la reasignación de tareas así como la organización de las sustituciones y refuerzos.

Atención Especializada: en cada centro hospitalario se creará una comisión que estará compuesta por el director gerente, dirección médica, dirección de enfermería, asuntos generales, y representantes de atención primaria., creándose las subcomisiones que sean necesarias

Deberá existir una coordinación permanente entre los servicios de Atención Primaria y Especializada, asegurando sistemas ágiles de comunicación entre los niveles con la finalidad de garantizar la continuidad asistencial e información.

g. Se reasignará personal, si es el caso.

Los servicios asistenciales deberán disponer de una planificación de sus recursos humanos que permita la transferencia de personal desde unidades menos saturadas a otras con más carga asistencial.

Se considera necesario que todo el personal conozca, con la suficiente antelación, el plan de respuesta a la pandemia adaptado a las peculiaridades de cada centro y a su puesto de trabajo.

Se concretará el número mínimo operativo para cada unidad afectada así como una continuidad en la cadena de mando con su correspondiente sustituto.

h. Se identificación, si es el caso, colectivos que puedan incorporarse a la red asistencial

- Se determinarán fuentes adicionales de provisión de personal sanitario y para-sanitario.
- Se recaptarán profesionales sanitarios que no están en el sistema.
- Se identificarán las organizaciones y colectivos que en un momento determinado puedan prestar su colaboración con el sistema sanitario.
- Se determinarán su idoneidad así como las funciones que pueden serles asignadas.
- Se elaborará un plan de formación específico
- En su caso, se les dotará de un identificativo específico.

i. Se establecerán criterios de consenso sobre actuaciones en materia de protección de profesionales sanitarios.

- i. Protección pre-exposición
- ii. Protección post-exposición

V) PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN CADA NIVEL ASISTENCIAL

Existirán protocolos de actuación en:

a. Atención Primaria:

- Se definirán los diferentes niveles de aplicación del plan de respuesta.
- Análisis de situación.
- Adecuación de las estructuras organizativas y los recursos disponibles.
- Coordinación Interniveles.
- Puesta en marcha de los protocolos de actuación
- Información a la población.

b. Atención Especializada

- i. Definir los diferentes niveles de aplicación del plan de respuesta.
- ii. Elaboración de un plan de actuación elaborado por cada servicio y aprobado por la dirección.

- iii. Análisis de situación del área Hospitalaria y su entorno.
- iv. Adecuación de las estructuras organizativas y los recursos.
- v. Actuación en el Hospital y áreas de Urgencias
- vi. Coordinación Interniveles.
- vii. Información a la población.

c. Derivación y transporte de casos

- Casos singulares (hecho insular u hospitales comarcales sin UCI)

d. Distribución y administración de vacunas y antivirales

Se hará de acuerdo a lo que se determine por el Comisión de Salud Pública del CISNS.

VI) INFORMACIÓN Y FORMACIÓN

a. Protocolo para garantizar la información y formación de trabajadores sanitarios de todos los estamentos (sectores público y privado)

- i. Información sobre las características clínicas y epidemiológicas de la epidemia.

Implantar mecanismos para aumentar el conocimiento de los trabajadores de la salud en aspectos relacionados con la pandemia de gripe.

- ii. Formación sobre definición de caso, manejo de caso y control de la infección.

Que los protocolos, algoritmos y guías de manejo de casos, control de la infección, desvío de pacientes, sean conocidos por todos los profesionales.

b. Formación de personal para triage telefónico

- c. Material informativo para casos y familiares** (sin perjuicio del que en su caso elabore el Ministerio de Sanidad y Política Social y en concordancia con éste)

VII) EVALUACIÓN

- a. Verificar que todos los centros sanitarios disponen de un plan de respuesta adaptado a sus circunstancias.
- b. Evaluar periódicamente la capacidad de respuesta de cada nivel asistencial.
- c. Disponer de sistemas de Información que permitan cuantificar, al menos, los casos ingresados.