

ANEXO 1

COVID 19

**RECOMENDACIONES PARA
LA PREPARACIÓN DE LOS
ESTABLECIMIENTOS DE
SALUD**



**Ministerio de Salud
Argentina**

INDICE

1. Recomendaciones para directivos y jefes de servicio hospitales Pág. 3
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001890cnt-covid19-recomendaciones-para-directivos-y-jefes-de-servicio-hospitales.pdf>
2. Acciones de preparación para la respuesta al COVID 19 en establecimientos de salud - Instructivo y Herramienta de autoevaluación Pág. 10
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001851cnt-20200327-acciones-preparacion.pdf>
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001850cnt-covid-19-herramienta-autoevaluacion-establecimientos.pdf>
3. Recomendaciones para la implementación de triaje Pág. 23
<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/organizacion-asistencial>
4. Recomendaciones para reorganización y ampliación progresiva de los servicios de salud Pág. 32
5. Recomendaciones para la prevención y abordaje de COVID-19 en residencias de personas mayores Pág. 41
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001853cnt-recomendaciones-residencias-adultos-mayores-covid19.pdf>
6. Recomendaciones para manejo de cadáveres Pág. 51
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001895cnt-covid19-manejo-cadaveres.pdf>
7. Lineamientos para una atención sanitaria segura en establecimientos y dispositivos de salud Pág. 56
8. Recomendaciones adecuación edilicia en atención odontológica múltiple Pág. 63

1- RECOMENDACIONES GENERALES PARA DIRECTIVOS Y JEFES DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

Estas recomendaciones se basan en la evidencia disponible, que por el momento es limitada. Sobre la misma se construyeron escenarios de requerimientos, a partir de los cuales se podría orientar la estimación de servicios y sus requerimientos.

Las necesidades y el número de pacientes ingresados (incluyendo % de pacientes críticos) pueden variar en función de la curva epidemiológica y del impacto de las medidas de distanciamiento social implementadas.

➤ CÁLCULO DE NECESIDADES

a) Consideraciones generales:

- **Tiempo estimado de duplicación de casos:** cada 3 o 4 días en escenario de curva exponencial (sin medidas de aislamiento social).
- **Distribución estimada de casos por gravedad:**
 - o 81% leves.
 - o 15,7% severos.
 - o 5% críticos.
 - o 2,3% ARM.

En la serie de 1.099 casos ingresados en 532 hospitales en China (1), 15,7% fueron considerados casos con neumonía grave pero sólo 5% fueron ingresados en UCI y 2,3% requirieron ventilación mecánica.

- **Parámetros de necesidades cada millón de habitantes.**
- **Parámetros de necesidades cada millón de habitantes** (proyección pesimista, curva exponencial)
 - o 2000 camas leves (en fase de mitigación a reemplazar por hoteles e internación domiciliaria)
 - o 400 camas generales de agudos (11 días promedio de internación)
 - o 150 camas de cuidados intensivos (8 días promedio de internación)

b) Consideraciones específicas:

- **CAMAS DE CUIDADO INTENSIVO**
 - o **Tiempo de internación:**
8 días (+/- 4)

- **Equipamiento:**
 - 1 saturómetro por cama
 - 1 monitor por cama
 - 1 respirador por cama

- **Equipos de Protección Personal:**
 - Batas
 - Barbijo quirúrgico
 - Equipo de protección respiratoria (N95, FFP2 o equivalente) para maniobras que producen aerosoles
 - Guantes no estériles
 - Gafas ó protector facial

- **Recurso humano:**
 - 1 enfermero cada 2 camas en turnos de 6 horas por día.
 - 1 médico cada 8 camas, 1 guardia por día.
 - 1 kinesiólogo respiratorio cada 8 camas, 1 guardia por día.

Es recomendable establecer equipos de trabajo fijos, de modo tal de minimizar el impacto potencial en caso de infecciones en el personal de salud que requieran el aislamiento preventivo de sus contactos estrechos.

– CAMAS DE CUIDADO INTERMEDIO

- **Tiempo estimado de internación:**
8 días (+/- 4).

- **Equipamiento:**
 - Cama común.
 - Instalación de gases medicinales.
 - Equipamiento básico.

- **Recurso humano:**
 - 1 enfermero cada 4 camas en 4 turnos por día. 1 médico cada 8 camas, 1 guardia por día.
 - 1 kinesiólogo respiratorio cada 8 camas, 1 guardia por día.

– CAMAS DE CUIDADO GENERAL

- **Tiempo estimado de internación:**
11 días (+/-4).

- **Equipamiento:**
 - Cama común.
 - Equipamiento básico.

- **Recurso humano:**
 - 1 enfermero cada 8 camas en 3 turnos por día.
 - 1 médico cada 8 camas, 1 guardia por día.
- **CAMAS LEVES** (hoteles, otros espacios generales o internación domiciliaria en fase de mitigación).
 - **Recurso humano:**
 - 1 enfermero cada 20/40 personas en aislamiento.
 - 1 médico por dispositivo.
 - Personal general de gestión del dispositivo debidamente capacitado.

Dispositivo y protocolo para derivación a centro de mayor complejidad en caso de complicaciones.

➤ **ACCIONES CONCRETAS FRENTE A LA CONTINGENCIA**

- a. Especificar Red de Referencia y Contrarreferencia.
- b. Suspende consulta ambulatoria programada
- c. Suspende estudios de Laboratorio e Imágenes programadas
- d. Suspende cirugía programada
- e. Adelantar cirugías prioritarias (cardiovascular, oncológicas, etc.)
- f. Alta temprana y control domiciliario de pacientes con otras patologías
- g. Organizar servicio telefónico (u otro) de llamados para control domiciliario
- h. Capacitar al personal de salud en medidas de bioseguridad y uso del Equipo de Protección Personal a cargo del área de Docencia
- i. **Diagramar y señalar** el flujo de circulación de pacientes febriles, consultorios para pacientes febriles y contar con un consultorio de aislamiento respiratorio.
- j. Asegurar la capacitación del personal que realice el triaje y la atención en el consultorio de pacientes febriles proveyendo los elementos de protección adecuados.
- k. Planificar y liberar espacios donde puedan ubicarse pacientes leves antes de ser derivados a domicilio u hoteles (en jurisdicciones que están en la fase de mitigación).
- l. Organizar consultas a distancia: Vía mail, videoconferencia, teléfono móvil u otros para pacientes crónicos y para pacientes con consultas no vinculadas a la contingencia.
- m. Implementar en conjunto con los referentes jurisdiccionales dispositivos de dispensa de medicación crónica empleando recetas electrónicas.
- n. Asegurar la prevención, promoción y atención de pacientes febriles con sospecha de dengue, incluyendo la extracción de muestra de sangre para

- seguimiento del mismo.
- o. Planificar el aumento de camas de UTI en todo espacio con infraestructura adecuada. Incluir los shocksrooms y la apertura de sectores a inaugurar
 - p. Organizar equipos médicos completos de reemplazo ante la eventualidad de personal enfermo (sobre todo en UTI).
 - q. Médico dedicado y consultorio adecuado para atender a personas del equipo de salud que lo requieran.
 - r. Control de vacunación estricto al personal.
 - s. Preparar la gestión de traslados con equipo que asegure logística disponible las 24 horas y esté coordinado con la limpieza.
 - t. Establecer los mecanismos internos para continuar el tratamiento farmacológico de los pacientes crónicos. Para reducir la circulación de los pacientes se recomienda realizar la prescripción electrónica de dicha medicación.
 - u. Asegurar la provisión de anticonceptivos y situaciones de urgencia relacionadas a la salud de la mujer, incluyendo interrupción legal del embarazo.
 - v. Mantener los circuitos de entrega de leche adecuando los circuitos que evitan la acumulación de personas.

ANEXO 1: EQUIPOS PROFESIONALES DE REEMPLAZO.

Uno de los aspectos más críticos para sostener el trabajo de la internación y en la Unidad de Terapia Intensiva será la posible baja de integrantes del equipo de salud tanto por necesidad como por agotamiento y la necesidad de su reemplazo en forma parcial o permanente para garantizar la continuidad de atención.

En ese sentido es imprescindible que los directivos y jefes de servicio, junto con el responsable de recursos humanos y de docencia de la institución comiencen a planificar esta circunstancia y para ello compartimos las siguientes recomendaciones:

- a. Equipo básico a sostener cada 8 camas de UTI, por día: 1 médico en período de 24 horas y 16 enfermeras en turnos de 6 horas. (1 enfermera cada 2 camas).
- b. En el caso de reemplazo preventivo por agotamiento, puede pensarse en profesionales del hospital que no sean específicos para la pandemia (Técnicos instrumentadores, Dermatólogos, Oftalmólogos, etc.) pero que pueden hacer un reemplazo parcial en algunos ámbitos del proceso de atención. Por ejemplo, para llenar órdenes para diferentes servicios complementarios, en la confección de resúmenes para traslados a otro sector de internación, para realización resumen de HC o cualquier otro trámite más administrativo. El reemplazo en las tareas asistenciales por agotamiento seguiría el concepto que

- se desarrolla a continuación tanto para médicos como para enfermeras; no siendo necesario reemplazar el equipo completo.
- c. En el caso de reemplazo por enfermedad (COVID positivo), el concepto sería que se cambia el equipo completo porque al haber un integrante de baja por esa causa, el resto del equipo deberá cumplir 14 días de aislamiento.
 - d. Priorizar el establecimiento de equipos fijos de trabajo para minimizar el impacto potencial del aislamiento de contactos estrechos en caso de infección del personal.
 - e. Los equipos deben estar nominados y distribuidos en un calendario mensual disponible en la organización. Este será en principio el calendario titular.
 - f. Se confeccionará dos calendarios suplentes donde cada equipo titular del día será reemplazado por dos equipos suplentes completos, también nominados.
 - g. Para el eventual reemplazo de la enfermera de UTI, se sugiere estos probables reemplazos dentro del plantel del propio establecimiento:
 - Enfermera UTI adultos
 - Enfermera Unidad Coronaria
 - Enfermeras residentes especialidad UTI
 - Enfermera UTI adultos jubilación reciente
 - Enfermeras UTIP o Neonatología
 - Enfermera Guardia
 - Enfermera Internación
 - Enfermera Quirófano
 - Otras enfermeras
 - Instrumentadoras quirúrgicas
 - Búsqueda de personal en listados jurisdiccionales de voluntarios
 - Podría considerarse también reemplazar 1 enfermera de UTI por dos enfermeras de otro sector.
 - h. Para el eventual reemplazo del médico de UTI, se sugiere estos probables reemplazos dentro del plantel del propio establecimiento:
 - Médico de UTI adultos.
 - Médico R4 o jefe de residentes de UTI
 - Médico de UTI adultos recientemente jubilado.
 - Médicos Anestesiastas.
 - Médicos de Guardia (emergentólogos, clínicos).
 - Médicos de Internación (clínicos, cardiólogos, neumonólogos, etc.)
 - Médicos de Consulta Externa.
 - Búsqueda de personal en listados jurisdiccionales de voluntarios

- Podría considerarse también reemplazar 1 médico de UTI por dos médicos de otro sector o considerar que el médico reemplazante, si no es especialista en UTI, puede ser acompañado por un anestesista para la intubación.
- i. El área de Docencia e Investigación del establecimiento mantendrá líneas de capacitación constante para médicos y enfermeros. Contará además con un listado de recursos de capacitación disponibles en todo el sistema para ofrecerlos como alternativa.
- j. El área de Recursos Humanos del establecimiento:
 - Mantendrá actualizados los contactos de todos los integrantes del equipo de salud.
 - Será la responsable de confeccionar y actualizar los calendarios de titulares y suplentes.
 - Será la responsable del seguimiento de los integrantes que están de baja para evaluar el momento en que puedan volver a incorporarse al trabajo.
 - Mantendrá contacto diario con el Jefe de Servicio de UTI para, según las novedades, activar los reemplazos pertinentes.
 - Mantendrá actualizados los listados de integrantes del equipo de salud voluntarios para poder contactarlos en caso de necesidad.
 - Tendrá a su cargo todos los trámites relativos a la salud de los integrantes del equipo de salud.
 - Tendrá disponibles alternativas de contratación para personal externo a los planteles del establecimiento.

REFERENCIAS

1. Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China. Guan, Ni, Yu Hu, W. Liang, Ou, He, L. Liu, Shan, Lei, Hui, Du, L. Li, Zeng, Yuen. February 28, 2020, NEJM. DOI: 10.056 / NEJMoa2002032
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.02.06.20020974v1>
2. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK – seventh update [Internet]. European Center for Disease Control and Prevention; 2020 mar. Disponible en:
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-seventh-update-Outbreak-of-coronavirus-disease-COVID-19.pdf>
3. Wu P, Hao X, Lau EHY, Wong JY, Leung KSM, Wu JT, et al. Real-time tentative assessment of the epidemiological characteristics of novel coronavirus infections in Wuhan, China, as at 22 January 2020. Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull. Enero 2020;25(3).
4. OMS: Orientación técnica sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19): mantenimiento de servicios y sistemas de salud esenciales.

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/maintaining-essential-health-services-and-systems>

5. WHO: Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19 Interim guidance 22 March 2020

<https://www.who.int/publications-detail/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>

2- ACCIONES DE PREPARACIÓN PARA LA RESPUESTA AL COVID-19 EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Listado de verificación / Instructivo

Este documento es una adaptación local de la Lista de Verificación de Alistamiento para la Respuesta al COVID-19 en Hospitales de la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OPS/OMS. Documento provisional-Versión 5 del 10 de febrero del año 2020.

INTRODUCCIÓN

La capacidad de respuesta de un hospital puede ser superada por la llegada masiva de pacientes que soliciten atención médica como consecuencia de una situación de emergencia. Ante este escenario, se debe considerar si el establecimiento de salud está organizado para garantizar la gestión integral de la respuesta hospitalaria, el funcionamiento de los mecanismos de coordinación, el manejo integral de la información, las capacidades logísticas para facilitar la respuesta, y los recursos necesarios para su ejecución, así como para una respuesta integral a los pacientes, protegiendo la salud y bienestar de los trabajadores de salud. (7).

En este contexto, se insta a los hospitales a implementar las acciones que han desarrollado en su fase de preparación ante emergencias originadas por amenazas biológicas, específicamente las que pueden provocar enfermedad respiratoria aguda grave, para la identificación de casos sospechosos, limitación de la transmisión al interior del establecimiento y otorgar atención médica especializada. Esto incluye la activación de protocolos y procedimientos con énfasis en las medidas de aislamiento, capacitación y entrenamiento de su personal en el uso de equipo de protección personal (EPP), manejo de pacientes, toma y manejo de muestras, así como manejo y disposición de residuos biológicos peligrosos.

PREPARACIÓN ANTE LA EMERGENCIA

La preparación ante emergencias en salud es el resultado de actividades de mejora continua, que son esenciales para que los hospitales estén operativos a su máxima capacidad para responder oportuna y eficazmente a las emergencias en salud, independientemente de la amenaza.

Una vez realizada la verificación del estado de preparación, se requiere priorizar las soluciones a las brechas identificadas en función de los aspectos que ponen en riesgo la vida de los pacientes y el bienestar del personal de salud, sin olvidar que el liderazgo es una pieza clave del éxito o el fracaso en la respuesta a una emergencia.

Luego de la priorización se debe implementar las soluciones de forma inmediata (no a mediano, ni a largo plazo), con la designación de los responsables de cada acción y sus alternos, así como los plazos en tiempo para su cumplimiento.

Finalmente, el proceso debe estar permanentemente monitoreado, de tal forma que se puedan hacer correcciones o tomar decisiones pertinentes.

PROPÓSITO

Esta herramienta de autoevaluación tiene como propósito verificar la preparación de los establecimientos de salud para dar respuesta al COVID-19, identificando las acciones inmediatas y prioritarias para responder de manera eficiente y oportuna ante la emergencia.

DESTINATARIOS

- Responsables de la respuesta al COVID-19 en los Establecimientos de Salud.
- Autoridades de salud de los Establecimientos de Salud.
- Responsables de la respuesta al COVID-19 en el ámbito de las instituciones de salud nacionales.
- Áreas de salud jurisdiccionales.

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA DE DESARROLLO

Este instrumento se basa en la lista de verificación de preparativos ante emergencias para influenza pandémica publicada por la Oficina de Europa de la OMS (2009) para la respuesta a emergencias y desastres en Establecimientos de Salud.

Para la construcción del listado de verificación se identificaron las funciones mínimas necesarias para la respuesta de los Establecimientos, con base en la experiencia y lecciones aprendidas de la pandemia de influenza de 2009, (8) y considerando la evolución de la emergencia a través de los documentos técnicos de orientación de la Organización Mundial de la Salud.

Una vez diseñada la estructura, se establecieron objetivos a cumplir para cada función. Con este punto de partida se sometió a discusión y revisión extensa las propuestas de acciones (ítems) para cumplir los objetivos.

Los ítems del listado de autoevaluación están desarrollados para ser verificados de forma dicotómica, con las opciones SI o NO.

Figura 1. Funciones para la respuesta al COVID-19 en Establecimientos de Salud.



ACTIVIDADES PREVIAS PARA LA APLICACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN

Se sugiere la conformación de un equipo de trabajo, constituido por los actores que tengan asignadas una o más funciones y responsabilidades en la respuesta, en concordancia con su nivel administrativo (de dirección, de coordinación u operativo) y sus capacidades. Se debe considerar los aspectos de confidencialidad de los resultados que la autoridad de salud considere pertinente.

LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA LA RESPUESTA AL COVID-19 EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Las dimensiones de autoevaluación son:

Liderazgo

Objetivo: garantizar la gestión integral de la respuesta del Establecimiento de salud ante la emergencia, mediante la implementación de acciones por los responsables de la respuesta al COVID-19. El responsable de la función de liderazgo es el encargado de activar el mecanismo de respuesta a emergencias. (9)

El mecanismo de respuesta a emergencias idealmente deberá estar situado en un Centro de Operaciones de Emergencia (COE), a fin de implementar y ejecutar las funciones de respuesta, vigilancia y monitoreo de la situación, activación y organización de la respuesta, movilización de recursos, identificación de riesgos y necesidades, evaluación de intervenciones, así como generación de informes para la toma de decisiones. Un elemento importante es la adopción de medidas para garantizar la seguridad y el bienestar de todo el personal. (9) (10)

Coordinación

Objetivo: Garantizar el funcionamiento de los mecanismos de coordinación entre áreas y cumplimiento de protocolos. (9) (10)

Información

Objetivo: Recopilar, cotejar, y analizar información sobre la evolución de la emergencia, gestión de la respuesta y demás datos contextuales relacionados con los riesgos y necesidades existentes. (10) (11)

Logística y operaciones

Objetivo: facilitar la ejecución de la respuesta a la emergencia apoyada en las capacidades logísticas del establecimiento.

El Comité o el gestor de la emergencia deberá definir cuáles son sus alcances y limitaciones para implementar los espacios físicos y, dentro de ellos, los procedimientos que deben ser ejecutados por el personal. Se deberían considerar los aspectos de logística y operaciones que se pueden requerir en caso de necesitar expandir la capacidad del Establecimiento para satisfacer una mayor demanda de atención clínica. (9) (10)

Mecanismo para la expansión de capacidades en caso de ser necesario (12)

1. Calcule la capacidad de recepción con base en:
 - capacidad instalada (número de camas totales y en cada una de las áreas críticas);
 - porcentaje de ocupación habitual;
 - disponibilidad de recursos humanos (para todos los turnos);
 - disponibilidad de equipo funcional;
 - consumo máximo diario de insumos por paciente.
2. Estime el aumento en la demanda de servicios hospitalarios durante un brote de COVID-19, utilizando proyecciones de los sistemas de monitoreo y vigilancia epidemiológica u otros supuestos de planificación.
3. Identifique formas de aumentar la capacidad para la atención de pacientes en hospitalización y áreas críticas (espacio físico, personal, suministros, procesos).
4. Calcule la capacidad de expansión total y para cada servicio con base en:
 - espacios físicos con aislamiento (número de camas) para pacientes no graves (hospitalización);
 - espacios físicos con aislamiento (módulos instalados) para expansión de áreas críticas (seguros y equipados con líneas vitales);
 - personal disponible para todos los turnos las 24 horas, los 7 días;
 - equipo (ventiladores mecánicos) e insumos para ventilación asistida;
 - material de consumo y medicamentos.
5. Libere capacidad y recursos mediante la transferencia de pacientes no graves a hospitales alternos, suspensión de cirugía electiva, suspensión de consulta programada.
6. Identifique y establezca un procedimiento de referencia y contra referencia para la red de servicios de salud, con énfasis en los hospitales cercanos.

Administración y Finanzas

Objetivo: ejecutar los mecanismos de apoyo financiero, gerencial y administrativo necesarios para el funcionamiento de la respuesta. La activación de estos mecanismos con enfoque en la emergencia incluyen compras y adquisiciones de equipo, material y medicamentos, además de gestión de tiempo extra y/o ampliación de la plantilla laboral,

así como la vigilancia de la ejecución financiera y la generación de los informes de gastos derivados de la emergencia. (9) (10)

PREPARACIÓN DE ACCIONES PARA LAS OPERACIONES EN SALUD

Identificación rápida

Objetivo: garantizar que los servicios de salud tengan un espacio para triaje, contener la transmisión al interior del establecimiento y generar la información sobre el paciente para brindarle un tratamiento oportuno. (13)

Diagnóstico

Objetivo: Asegurar el procedimiento para la confirmación de casos sospechosos. (4) (13)

Aislamiento

Objetivo: garantizar que los servicios de salud tengan un espacio para aislamiento de casos sospechosos o confirmados. Los procedimientos de aislamiento deben ser congruentes con los espacios físicos destinados para la sala de espera, el triaje, el tratamiento inicial y la hospitalización de pacientes sospechosos o confirmados. (10) (12)

Manejo de casos

Objetivo: Establecer áreas seguras equipadas y aisladas para tratamiento de pacientes, incluido soporte básico y avanzado de vida.

Las acciones que a continuación se describen están en concordancia con el protocolo de manejo estandarizado recomendado por la OMS.

Recomendaciones de protección para el manejo de casos (8)

Precauciones estándar:

- Higiene de manos;
- Uso de Equipo de Protección Personal (EPP) adecuado: gorro, guantes, barbijo;
- Prácticas de seguridad de inyección;
- Gestión segura de residuos;
- Limpieza ambiental y esterilización de equipos de atención al paciente.

Precauciones ante riesgo por contacto y gotitas:

- Aislamiento de pacientes;
- Ventilación adecuada (lo que se considera adecuado para salas generales con ventilación natural es 60 L / s por paciente);
- EPP: Uso de barbijos, protección para los ojos (gafas o cara escudo) limpio, no estéril, bata de manga larga y guantes (después de la atención al paciente quitar y desechar todos los EPP y realizar higiene de las manos).

Precauciones ante riesgo de transmisión aérea y para procedimientos generadores de aerosoles:

- Ventilación del sitio donde se realiza el procedimiento (para ventilación natural: flujo de aire de al menos 160 L / s por paciente o en salas de presión negativa con al menos 12 cambios de aire por hora y dirección controlada de flujo de aire cuando se usa ventilación mecánica);
- EPP: respirador para partículas (N95, FFP2 o equivalente), protección para los ojos (gafas o una máscara facial), bata y guantes limpios, no estériles, de manga larga;
- Si las batas no son resistentes a los fluidos, usar un delantal impermeable para los procedimientos que se espera que tengan altos volúmenes de fluido que puedan penetrar la bata.
- En todos los casos: después de la atención al paciente, se debe quitar y desechar todos los EPP y realizar la higiene de las manos. Se necesita un nuevo conjunto de EPP cuando se brinda atención a un paciente diferente.

Es importante tener un programa de capacitación y entrenamiento para todo el personal de salud, con énfasis en el uso correcto del equipo de protección personal (EPP) y el lavado de manos. (4) (8)

Prevención y control de infecciones

Objetivo: prevenir y controlar la transmisión de coronavirus en los servicios de salud que atienden casos sospechosos o confirmados por coronavirus. Se debe identificar y poner a prueba los procedimientos para triaje, transporte intrahospitalario y manejo de pacientes y residuos biológico- infecciosos. Los protocolos o procedimientos para descontaminación y desinfección del equipo utilizado en el manejo de los pacientes deben ser revisados, actualizados y difundidos al personal de apoyo biomédico para evitar su exposición y contar con equipos seguros. (4) (13)

GLOSARIO

Aislamiento: significa la separación de los demás de personas enfermas o contaminadas o de equipajes, contenedores, medios de transporte, mercancías, paquetes postales afectados, con el objetivo de prevenir la propagación de una infección y/o contaminación. (1)

Capacidad: la combinación de todas las fortalezas, atributos y recursos disponibles dentro de una organización que pueden usarse para lograr los objetivos acordados. (2)

Desinfección: procedimiento mediante el cual se adopta medidas sanitarias para controlar o eliminar agentes infecciosos presentes en la superficie de un cuerpo humano o animal o en equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, o paquetes postales, mediante su exposición directa a agentes químicos o físicos. (1)

Desastre: interrupción grave del funcionamiento de una comunidad o sociedad en cualquier escala debido a fenómenos peligrosos que interactúan con las condiciones de exposición, vulnerabilidad y capacidad, ocasionando uno o más de los siguientes: pérdidas e impactos humanos, materiales, económicos y ambientales. (2)

Emergencia: un evento repentino y generalmente imprevisto que requiere medidas inmediatas para minimizar sus consecuencias adversas. (3)

Epidemia: la ocurrencia en una comunidad o región de casos de una enfermedad, comportamiento específico relacionado con la salud u otro evento relacionado con la salud que están claramente más allá de la expectativa normal. (3)

Gestión de desastres: organización, planificación y aplicación de medidas de preparativos, respuesta y recuperación en caso de desastre. (2)

Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG): infección respiratoria aguda (IRA) con antecedentes de fiebre o temperatura medida de ≥ 38 ° C y tos, con inicio dentro de los últimos ~ 10 días, y que requiere hospitalización, (la ausencia de fiebre NO excluye la infección viral). (4)

Planificación de contingencias: proceso de gestión que analiza los riesgos de desastres y establece con antelación las disposiciones necesarias para dar respuestas oportunas, eficaces y apropiadas. (2)

Sistema de alerta temprana: sistema integrado de vigilancia, previsión y predicción de amenazas, evaluación de los riesgos de desastres, y actividades, sistemas y procesos de comunicación y preparación que permite a las personas, las comunidades, los gobiernos, las empresas y otras partes interesadas adoptar las medidas oportunas para reducir los riesgos de desastres con antelación a sucesos peligrosos. (2)

Triaje: el término se utiliza en entornos clínicos para describir el proceso de clasificación de pacientes por tipo y urgencia. Los sistemas de triaje son esenciales para garantizar la seguridad del paciente en el entorno de una emergencia. La clasificación se realiza en muchos entornos, incluidos emergencias y desastres, durante incidentes con víctimas en masa y clasificación en el departamento de emergencias; el propósito es clasificar rápidamente a los pacientes que necesitan atención inmediata de aquellos que pueden esperar con seguridad la evaluación y el tratamiento. Los sistemas de triaje se enfocan en tener al paciente correcto en el lugar correcto en el momento correcto con el proveedor de atención adecuado (5) Comentario: los pacientes con insuficiencia respiratoria potencialmente mortal son clasificados directamente en el área de reanimación, ya que pueden requerir asistencia ventilatoria, mientras que los pacientes con sintomatología respiratoria leve, tos o dolor de garganta pueden ser trasladados a una sala de espera aislada para esperar la evaluación y el tratamiento; si su clasificación lo permite, pueden continuar el tratamiento en su domicilio. (6)

ACRÓNIMOS

COE. Centro de Operaciones en Emergencias. COVID19. Nomenclatura actual de 2019-nCoV EPP. Equipo de Protección Personal.

RBI. Residuos Biológicos Infecciosos IRA. Infección Respiratoria Aguda.

IRAG. Infección Respiratoria Aguda Grave.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional Tercera edición (2005) OMS2005. 104pp. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf;jsessionid=565F0AB2A067CEA729A3AA9EE063D746?sequence=1>
Consultado: 09 febrero 2020.
2. Oficina de Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres. Informe del grupo de trabajo intergubernamental de expertos de composición abierta sobre los indicadores y la terminología relacionados con la reducción del riesgo de desastres (2016). Ginebra, UNISDR 2016. pp. 18. Disponible en:
https://www.preventionweb.net/files/50683_oiewgreportspanish.pdf
Consultado: 05 febrero 2020.
3. A Dictionary of Epidemiology, Sixth Edition Oxford University Press, New York, New York 2014, 376 pp. , <http://global.oup.com> Consultado: 05 febrero 2020.
4. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when Novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: Interim Guidance (2020) WHO 2020. Geneve. 11 pp. Available at.
[https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)
Consultado: 05 febrero 2020.
5. Bullard M., Unger B, Spence J, Grafstein E. & the CTAS National Working Groups. (2004). Revisions to the Canadian Emergency TRIAJE and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines. Can J Emergency Med. 10 (2), 136–42. DOI:10.1017/s1481803500009854
6. World Health Organization. Home care for patients with novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts. Interim Guidance (2020) WHO 2020. Geneve. 4 pp. Available at.
[https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts) Consultado: 05 febrero 2020.
7. World Health Organization. National capacities review tool for a novel coronavirus (nCoV).Geneva. January 10, 2020. Disponible en:
https://www.who.int/docs/default-source/documents/publications/national-capacities-review-tool-for-a-novel-coronavirus-ncov.pdf?sfvrsn=8af8636c_1&download=true

8. World health organization. Hospital preparedness checklist for pandemic influenza. Focus on pandemic (H1N1) 2009. WHO 2009. Available at: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/78988/E93006.pdf
Consultado: 05 febrero 2020.
9. Organización Panamericana de la Salud. Marco de respuesta multiamenaza del sector de la salud. MRM. Washington, D. C.: OPS 2019. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/51498>
10. World Health Organization. Emergency Response Framework. ERF. Geneva, 2017. Disponible en: <https://www.who.int/hac/about/erf/en/> Consultado: 05 febrero 2020.
11. Organización Panamericana de la Salud. Gestión de la información y comunicación en emergencias y desastres: Guía para equipos de respuesta. Washington, D.C.: OPS, 2009. Disponible en: https://www.eird.org/publicaciones/gestion_i_c_emergencias_desastres.pdf
Consultado: 05 febrero 2020.
12. Kearns Randy D., Cairns Bruce A., Cairns Charles B. Surge Capacity and Capability. A Review of the History and Where the Science is Today Regarding Surge Capacity during a Mass Casualty Disaster. *Frontiers in Public Health* 2: 2014. p29 <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2014.00029>.
13. World Health Organization. WHO guidelines for pharmacological management of pandemic (H1N1) 2009 influenza and other influenza viruses. Geneva, 2009. Consultado: 05 febrero 2020.
http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_use_antivirals_20090820/en/index.html. Acceso 9 feb 2020

LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA LA RESPUESTA AL COVID - 19 EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD				
Datos del Establecimiento	Fecha de la evaluación:			
	Nombre:			
	Dirección:			
	Localidad:			
	N° de camas de Cuidados Intensivos adultos (UCI):			
	N° de camas de Cuidados Intensivos pediátrica (UCI):			
	N° de puestos de Neonatología (NEO):			
	N° de camas de Cuidados Intermedios (UCIn):			
N° de camas de Cuidados Básicos (CB):				
Dimensiones de autoevaluación	Objetivo	Descripción de las Acciones	Verificación	
			SI	NO
Liderazgo (continúa)	Garantizar la gestión integral de la respuesta ante la emergencia (continúa)	Activación del mecanismo de respuesta a emergencias: Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres y/o Sistema Hospitalario de Gestión de Incidentes.		
		Designación de un responsable operativo.		
		Disponibilidad de un área física equipada, protegida y de acceso fácil, con capacidad operativa inmediata para la coordinación de la respuesta (Centro de Operaciones de Emergencia), dando particular atención a la gestión de comunicación interna y externa.		

Dimensiones de autoevaluación	Objetivo	Descripción de las Acciones	Verificación	
			SI	NO
Liderazgo (continuación)	Garantizar la gestión integral de la respuesta ante la emergencia (continuación)	Asignación de roles y responsabilidades para las diferentes funciones de la respuesta con personal capacitado, suficiente y disponible asegurando la continuidad operativa (incluyendo datos telefónicos y de correo electrónico).		
		Designación de voceros oficiales.		
		Incorporación de los mecanismos de salud ocupacional que aseguren el bienestar y seguridad del personal durante la respuesta, incluyendo el monitoreo del personal expuesto.		
		Distribución de información a todo el personal, de forma continua, sobre la situación de la emergencia, los roles y responsabilidades del personal y del Establecimiento, así como las acciones que se llevan a cabo y las que se realizarán.		
Coordinación	Garantizar el funcionamiento de los mecanismos de coordinación.	Identificación y preparación de los mecanismos de coordinación con las autoridades de salud y de gestión de emergencias.		
		Activación de los mecanismos de coordinación, comunicación y colaboración con la red integrada de servicios de salud a nivel local, considerando atención de pacientes, requerimientos de medicamentos, insumos o equipos, y traslado de pacientes.		
Información	"Recopilar, cotejar, y analizar información sobre la evolución de la emergencia, gestión de la respuesta y demás datos contextuales relacionados con los riesgos y necesidades existentes."	Disponibilidad de procedimientos y personal para recoger, verificar y validar datos e información derivada de la emergencia.		
		"Disponibilidad de un formato estandarizado para entrega de informes sobre: actividad de la emergencia, ocupación hospitalaria incluyendo servicios críticos, incidencia de casos sospechosos y confirmados, situación clínica y defunciones."		
Logística y operaciones (continúa)	"Facilitar la ejecución de la respuesta a la emergencia apoyada en las capacidades logísticas del Establecimiento" (continúa)	Disponibilidad de un espacio físico para el triaje de pacientes con sintomatología respiratoria aguda. Considerar un espacio con condiciones optimizadas para prevención y control de infecciones.		
		Identificación de las áreas que pueden utilizarse para aumentar la capacidad de atención de pacientes (capacidad de expansión), considerando personal, equipo e insumos suficientes.		
		"Identificación de los servicios no esenciales que podrían suspenderse en caso necesario, y que permitirían aumentar las capacidades del Establecimiento en cuanto a recursos humanos, materiales, equipo y espacio físico."		
		Disponibilidad de un responsable y un procedimiento para la gestión de los suministros de insumos y medicamentos. Se deberá considerar el aumento en la demanda en la cadena de abastecimiento y distribución, respetando protocolos establecidos.		

Dimensiones de autoevaluación	Objetivo	Descripción de las Acciones	Verificación	
			SI	NO
Logística y operaciones (continuación)	"Facilitar la ejecución de la respuesta a la emergencia apoyada en las capacidades logísticas del Establecimiento" (continuación)	Existencia de un procedimiento y un responsable para la gestión de los equipos de trabajo, incluidas sus áreas de descanso, transporte seguro y bienestar del personal.		
		Sistemas de telecomunicación disponibles en el Establecimiento.		
		Disponibilidad de un procedimiento y un responsable para la gestión de ambulancias de transporte interhospitalario e inventario de los vehículos disponibles.		
Administración y Finanzas	"Ejecutar los mecanismos de apoyo financiero gerencial y administrativo necesarios para el funcionamiento de la respuesta."	Activación de los mecanismos administrativos y financieros legalmente disponibles y autorizados para la gestión de la emergencia, así como los procedimientos para compras y adquisiciones de suministros y contratación de servicios.		
Identificación rápida	"Contener la transmisión al interior del Establecimiento y generar la información sobre el paciente, para otorgar un tratamiento oportuno"	Personal de salud entrenado para la identificación rápida, correcta y notificación oportuna al nivel correspondiente de casos sospechosos en cualquier área del Establecimiento.		
		"Sistema de comunicación y monitoreo que permita la alerta y notificación oportuna de casos sospechosos en cualquier área del Establecimiento incluidos los puntos de entrada o llegada de pacientes a la instalación, a fin de ajustar acciones de prevención y control."		
		Establecimiento de un procedimiento de triaje en el área de emergencias, con enfoque en la identificación rápida de pacientes con sintomatología respiratoria aguda. (Requisitos de Buenas Prácticas para organización y funcionamiento de servicios de urgencia y emergencia RM 2/2015. https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadateccionmedica/directrices)		
Diagnóstico	"Asegurar el procedimiento para la confirmación de casos sospechosos"	El personal debe estar capacitado y entrenado para la toma de muestras, manejo adecuado y transporte con medidas de bioseguridad hasta el laboratorio de referencia.		
		Procedimiento establecido y disponible para envío de muestras, aplicando medidas de bioseguridad establecidas en lineamientos nacionales e internacionales.		
		Disponibilidad de procedimientos y equipo de protección personal en el laboratorio, para manejo de muestras y eliminación o disposición final de residuos biológicos.		

Dimensiones de autoevaluación	Objetivo	Descripción de las Acciones	Verificación	
			SI	NO
Aislamiento	"Garantizar que los servicios de salud tengan un espacio para triaje y aislamiento de casos sospechosos o confirmados."	Disponibilidad de un espacio para triaje en el área de emergencias, con medidas de aislamiento para casos sospechosos y confirmados (Requisitos de Buenas Prácticas para organización y funcionamiento de servicios de urgencia y emergencia RM 2/2015. https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/directrices)		
		Identificación, señalización y equipamiento de áreas para atención médica de casos sospechosos y confirmados en condiciones de seguridad y aislamiento.		
		Revisión, actualización y prueba de los procedimientos para la recepción y traslado de pacientes en el interior del Establecimiento, hacia las áreas de aislamiento habilitadas, y otros servicios de apoyo de diagnóstico terapéutico.		
Manejo de Casos	"Establecer áreas seguras, equipadas y aisladas para tratamiento de pacientes, incluido soporte básico y avanzado de vida"	Disponibilidad de protocolo para manejo de casos sospechosos o confirmados.		
		Personal capacitado y equipo para la atención médica inicial de los pacientes sospechosos o confirmados (revisión primaria, reanimación, estabilización inicial, ventilación mecánica) con acceso a equipo de protección personal.		
		Personal capacitado y entrenado para atención médica continua de pacientes sospechosos o confirmados que requieren hospitalización, con disponibilidad de equipo de protección personal.		
		Considerar capacitación y entrenamiento en el uso de equipos de protección personal, manejo y disposición final de residuos contaminados durante procedimientos; además de garantizar la seguridad del paciente y personal de salud.		
		Capacidad instalada prevista para atención médica de pacientes sospechosos o confirmados que requieren cuidados intensivos. (Directrices de Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Pediátricos en Establecimientos Asistenciales y su correspondiente Grilla Habilitación Categorizante RM 747/2014. Directrices de Organización y Funcionamiento de Unidades de Cuidados Intensivos y su correspondiente Grilla Habilitación Categorizante 748/2014. https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/directrices)		

Dimensiones de autoevaluación	Objetivo	Descripción de las Acciones	Verificación	
			SI	NO
Prevención y Control de Infecciones	"Prevenir y controlar la transmisión de coronavirus en los servicios de salud."	Disponibilidad de un procedimiento de triaje en el área de emergencias, para aislamiento de casos sospechosos y confirmados. (Requisitos de Buenas Prácticas para organización y funcionamiento de servicios de urgencia y emergencia RM 2/2015. https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/directrices)		
		Identificación de áreas señalizadas y equipadas, para la atención médica de casos sospechosos y confirmados, en condiciones de seguridad y aislamiento.		
		Disponibilidad de protocolos o procedimientos para la limpieza e higiene de áreas clínicas.		
		Existencia de protocolos para desinfección y esterilización de material y equipo biomédico, en el Establecimiento de salud.		
		Existencia de un área para desinfección y esterilización de material y equipo biomédico, en el Establecimiento. (Directrices de Organización y Funcionamiento de Centrales de Esterilización y Reprocesamiento de Productos Médicos en Establecimientos de Salud y Establecimientos Exclusivos de Esterilización Externos, y su correspondiente grilla de Habilitación Categorizante RM 1067/2019. https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/directrices)		
		"El Establecimiento tiene un protocolo y ruta señalizada para manejo que asegure la disposición final o eliminación de residuos biológico-infecciosos."		
		El Establecimiento tiene infraestructura y procedimientos establecidos para la higiene adecuada de manos, incluido lavamanos, capacitación continua y materiales disponibles.		
		Espacio físico y lineamientos para disposición de cadáveres derivados de la emergencia. (Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Patología - Anatomía Patológica - y Laboratorios de Patología - Anatomía Patológica- RM 1703/2007. https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/directrices)		

Fuente: Adaptación local de la "Lista de Verificación de alistamiento para la respuesta al CoV 2019 en Hospitales" Documento provisional - versión 5 febrero 10/2020 - OPS.

3- RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE TRIAJE

DEFINICIÓN DE TRIAJE

El triaje es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Esto permite una gestión del riesgo clínico para optimizar la atención y la seguridad de las personas.

El Triage es la puerta de entrada a una asistencia eficiente y eficaz, y en consecuencia, una herramienta rápida y fácil de aplicar, que posee, además, un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos.

La clasificación se realiza en muchos entornos, incluidos emergencias y desastres, durante incidentes con víctimas en masa y para una correcta clasificación en el departamento de emergencias; el propósito es clasificar rápidamente a los pacientes que necesitan atención inmediata o diferenciada de aquellos que pueden esperar con seguridad la evaluación y el tratamiento.

Un punto de detección importante de casos de COVID-19 es el Servicio de urgencia hospitalaria donde el triaje tiene como finalidad identificar y priorizar al paciente más grave como también implementar rápidamente las medidas de control de infecciones necesarias en el caso que corresponda. En el contexto actual, se prioriza la rápida identificación de caso sospechoso e implementación de medidas que disminuyan la diseminación de SARS-CoV2.

La literatura actual propone distintos abordajes, tales como son los signos vitales nulos o herramienta de detección en triaje: Identificar, Aislar e Informar". Los signos vitales nulos hacen referencia a la necesidad de realizar una rápida detección de situaciones de riesgo epidémico antes de pasar a la toma de los signos vitales en el triaje. La "herramienta de detección en triaje: Identificar – Aislar – Informar" aporta una mirada rápida en relación con la forma de manejar desde el triaje estos casos. Se propone esta última como la herramienta de detección para infección por virus SARS-CoV-2 en los Servicios de Urgencias Hospitalarios.



OBJETIVOS DEL TRIAJE EN EL CONTEXTO DE COVID-19

- Implementar circuitos de atención diferenciados adecuados a la atención de pacientes con síntomas respiratorios agudos o fiebre en contexto de la pandemia de

COVID-19.

- Garantizar la implementación de las medidas de prevención y control de infecciones evitando la diseminación de SARS-CoV2.
- Garantizar la continuidad de la atención de los pacientes que consultan por síntomas no relacionados con COVID-19 o que requieren atención de urgencia.
- Garantizar el cuidado de los profesionales de la salud
- Optimizar el uso de material de protección, racionalizando los insumos.
- Disminuir la probabilidad de errores relacionados con la atención de pacientes
- Optimizar los tiempos de atención
- Disminuir la congestión de las áreas de diagnóstico y tratamiento en los servicios de urgencias.
- Iniciar la relación servicio/paciente y transmitir información fluida a los pacientes y a sus familias sobre el tipo de servicio que necesita el paciente.
- Fortalecer el registro del paciente en el sistema de gestión hospitalaria.

VENTAJAS EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN PERCIBIDA

- Los pacientes se muestran más satisfechos y mejor dispuestos a esperar luego de que se les proporciona los primeros cuidados e inicia el proceso de atención.
- Mejoran considerablemente las relaciones interpersonales: paciente, familia, profesionales del Servicio de Urgencias.
- Agiliza la atención del paciente.
- Disminuye la ansiedad del paciente y familia
- Disminuye la tensión en el equipo de salud del servicio de urgencias

PERFIL DEL PROFESIONAL

En función de las características del centro, el primer contacto puede ocurrir en el TRIAJE (personal de enfermería) o en el Servicio de Admisión (personal administrativo). Siempre que sea posible, el personal de enfermería a cargo debe tener formación técnica/profesional, con experiencia de práctica profesional de al menos 2 años en terapia intensiva, servicios de internación o de emergencias, con capacitación en TRIAJE, manejo de la vía aérea y ventilación mecánica; además de habilidades en la respuesta rápida, la comunicación efectiva y en el trabajo en equipo. En el caso no contar con personal que reúna los requisitos previos, y en el contexto de COVID-19, se capacitará a personal, en la identificación de casos con sintomatología respiratoria aguda y/o fiebre y en la vinculación oportuna del resto de la consulta a su circuito habitual evitando en todo momento el contacto con personas con sospecha de COVID-19. Este personal no requiere formación técnica profesional, pero sí requiere capacitación sobre conceptos básicos para identificar casos probables y en el uso de Equipo de Protección Personal (EPP) y precauciones estándar.

ADMISIÓN DEL PACIENTE. RECEPCIÓN DEL PACIENTE

Todos los trabajadores de la salud deben comprender completamente las características epidemiológicas y clínicas de COVID-19 y los protocolos de actuación del centro.

Se recomienda realizar al ingreso de pacientes (guardia/sala de espera/orientación) la identificación y atención rápida de casos sospechosos de COVID-19 evitando la circulación por el centro de salud y facilitándosele en forma inmediata un barbijo quirúrgico explicando la correcta técnica de colocación, retiro del mismo e higiene de manos.

Se recomienda disponer de dispensadores de alcohol al alcance de los pacientes y del personal y ofrecer barbijos quirúrgicos en forma inmediata a aquellos que acudan con síntomas de infección respiratoria.

Se recomienda la publicación de información visual (carteles, folletos, etc.) en lugares estratégicos para proporcionar a los pacientes las instrucciones sobre higiene de manos y demás medidas.

Se recomienda que el equipo de salud que realice la valoración inicial mantenga al menos 1 metro de distancia con el paciente. De ser posible, realizar el interrogatorio en forma telefónica, a través del teléfono interno, por intercomunicador o mediante la interposición de barrera de cristal o plástico que permita la comunicación. Si existen barreras físicas como un vidrio o acrílico, no es necesario que el equipo de salud que participe en la admisión o el TRIAJE inicial utilice equipo de protección personal.

El personal administrativo que participe en la aceptación de un paciente que ingresará a urgencias con síntomas respiratorios deberá comunicar al personal que se le indique con la finalidad de planificar la recepción.

CIRCUITO DE ATENCIÓN

Si las condiciones de los centros lo permiten, se deben establecer dos circuitos diferenciados: uno para pacientes con patología respiratoria o fiebre y otro para el resto de motivos de consulta. Estos circuitos deberán indicarse en forma adecuada evitando en todo momento el contacto entre ambos circuitos.

En función de donde se produzca el primer contacto con el paciente se recomienda:

- Si el primer contacto se produce en el Servicio de Admisión, las preguntas se limitarán a identificar a pacientes con sintomatología respiratoria o fiebre. Las preguntas de interés son aquellas relacionadas con la patología emergente, por lo que se deberá preguntar: ¿Desde cuándo presenta este síntoma? y ¿qué otros síntomas la acompañan? Ante la presencia de fiebre, tos, malestar general, dolor en garganta o síntomas graves como dificultad respiratoria. Identificar a la persona como paciente con patología respiratoria aguda o fiebre, proveer de un barbijo quirúrgico y explicar cuál es su utilidad justificando por qué no debe quitárselo y derivar al consultorio de TRIAJE evitando el contacto con las personas que están siendo atendidas en el circuito convencional. Una vez en el circuito de aislamiento el personal completará el TRIAJE para verificar que el paciente cumple o no criterios de caso de COVID-19. En el caso que personal traslade hasta al circuito de aislamiento, este llevará barbijo quirúrgico y cumplirá estrictamente las pautas de EPP (ver recomendaciones del Ministerio de salud de la Nación).
- Si el primer contacto se produce en el TRIAJE, a diferencia del caso previo, la

identificación debe estar basada en la identificación de caso probable de COVID-19. Si el paciente no presenta cuadro probable de COVID-19, este regresará al circuito convencional, cumpliendo con las precauciones estándar que incluye medidas como la higiene de manos. Si el caso se define como caso probable COVID-19, se le indicará al paciente a que se coloque un barbijo quirúrgico y se derivará al circuito de aislamiento.

Todo paciente con patología respiratoria o fiebre, se sugiere de ser posible, que sean evaluados en una habitación individual con ventilación adecuada, debiendo cumplir el equipo de salud desde el primer contacto con el mismo las medidas de protección personal recomendadas por el Ministerio de Salud de la Nación.

El agente de salud que identifique un caso como probable COVID-19, deberá informar en forma inmediata la presencia del mismo al personal del hospital destinado al manejo de estos o activar el protocolo establecido para la provincia u institución de salud.

El abordaje diagnóstico y terapéutico de COVID-19 se realizarán exclusivamente siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación.

ORGANIZACIÓN

Se debe establecer circuito de atención de pacientes febriles o con síntomas respiratorios independiente que contemple un ingreso separado del resto de las consultas con carteles en lugares clave con información comprensible desde el ingreso al establecimiento para evitar circulación innecesaria de personas e infecciones cruzadas.

De ser posible se debe establecer que el movimiento de personas siga sea en un único sentido desde el ingreso hasta su destino final.

Cada centro deberá establecer su propio procedimiento específico de aislamiento acorde a sus necesidades y recursos, optimizando estos últimos con la finalidad de proteger al personal de salud, los pacientes y evitar la diseminación del SAR-CoV2.

Siempre que sea posible se deben implementar dos vías de circulación independiente para el traslado de insumos, identificando en forma clara la circulación en un solo sentido, tanto de los elementos hacia una sala de aislamiento (zona contaminada) como los que se retiran de la misma en cada uno de los circuitos independientes. El equipamiento que no pueda ser debidamente desinfectados no debe moverse de la zona contaminada.

Realizar diagramas de flujo de diferentes zonas facilita establecer protocolos de acción y

familiarizar al personal con el mismo.

Es responsabilidad del centro facilitar los insumos al personal y estandarizar los procedimientos apropiados para la colocación y el retiro del equipo de protección.

Se debe asignar de ser posible un equipo exclusivo de prevención y control de infecciones con autoridad directiva que supervise en forma continua la implementación de las medidas (incluyendo pero no limitándose a la utilización del equipo de protección) a todo el personal de salud, pacientes y autoridades del establecimiento.

PLANIFICACIÓN DE LOS ESPACIOS PARA ATENCIÓN DE PACIENTE

Establecer en forma precoz y dentro de las posibilidades del centro un área independiente para la admisión y para el TRIAJE, como también salas independientes de examen, de observación y de reanimación para febriles. Se debe considerar la importancia de establecer zonas separadas de diagnóstico y tratamiento para pacientes con sospecha de COVID-19 de aquellos pacientes con otros diagnósticos.

MANEJO DEL PACIENTE

Los pacientes con fiebre deben utilizar barbijo quirúrgico durante toda la estadía en la sala de urgencias.

Solo los pacientes deben ingresar a la sala de espera para evitar conglomeración de personas. Se deben minimizar la duración de la visita del paciente para evitar infecciones cruzadas.

Se debe garantizar que se informe verbalmente, por escrito y mediante cartelería a los pacientes y sus familias sobre la identificación temprana de síntomas, pautas de alarma y medidas de protección.

Dentro de las posibilidades de los centros, los pacientes sospechosos y confirmados se separarán según:

- Los pacientes sospechosos se aislarán en habitaciones individuales separadas. Cada habitación será equipada con instalaciones como un baño privado, siempre que sea posible, y la actividad del paciente se limitara a la sala de aislamiento.
- Los pacientes confirmados pueden organizarse en la misma habitación (cohortes) con un espacio entre camas de no menos de 1 metro. La sala deberá estar equipada con instalaciones como un baño privado, siempre que sea posible, y la actividad del paciente se limitara a la sala de aislamiento.

Se minimizaran a lo indispensable las visitas familiares y los controles de enfermería. Se debe permitir que los pacientes tengan sus dispositivos de comunicación electrónica para

facilitar la comunicación tanto con el personal de salud como con sus familiares.

PASOS CLAVE PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL TRIAJE

PROCEDIMIENTO DE PRIMER CONTACTO DE ENFERMERÍA

El personal de enfermería al recibir el paciente constatará que haya sido ingresado al sistema hospitalario y que posea el barbijo colocado correctamente.

Durante todo el procedimiento debe cumplirse con las medidas de EPP utilizando los elementos de protección personal recomendados por el Ministerio de Salud de la Nación.

- Lavado de manos con técnica adecuada.
- Camisolín descartable, se coloca antes de asistir al paciente y se retira con técnica correcta antes de salir de la habitación. Este es de un solo uso (NO SE DEBE REUTILIZAR) y se desecha en bolsa de material contaminado (bolsa roja).
- Protección ocular reutilizable (gafas o máscara facial), debe limpiarse y desinfectarse.
- Descarte seguro de material cortopunzante.
- Habitación individual o cohorte
- En caso de compartir habitación la distancia entre pacientes debe ser >1 metro.
- Puerta Cerrada
- Personal exclusivo
- Elementos de atención exclusivos: Los elementos de control de signos vitales (termómetro, tensiómetro, estetoscopio) y otros dispositivos médicos como chata, recolector de orina, etc., deben ser de uso de un único paciente (o cohorte instrumental/ pacientes). Descontaminar los elementos luego de su uso.

ETAPAS DEL TRIAJE

- A: Valoración inicial
- B: Inspección general
- C: Otras actividades

VALORACIÓN INICIAL

Este proceso debe realizarse siguiendo pasos básicos:

- Evaluación rápida de las funciones básicas: Vías aéreas, ventilación y circulación.
- Evaluar los signos vitales del paciente.
- Anamnesis enfocada a determinar la causa. Incluye un cuestionario de 4 preguntas básicas:
 - ¿Qué le pasa? (Síntoma primario)
 - ¿Desde cuándo? (Carácter del síntoma)
 - ¿Le ha ocurrido esto antes? (Síntoma asociado)
 - ¿De que padece? (Antecedentes)
- Antecedentes de viaje a los lugares determinados en la definición de caso en los

últimos 14 días, y/o

- Contacto estrecho de casos sospechoso o confirmado de SARS-CoV2, contacto casual o se sospecha que es autóctono.

CARACTERÍSTICAS DEL CUESTIONARIO

- La técnica utilizada para el cuestionario es abierta y dirigida.
- Las preguntas sencillas y directas.
- Hacer una pregunta por vez.
- Esperar a que el paciente/familia respondan
- Utilizar términos que el paciente y familia puedan comprender.
- No obviar la comunicación no verbal.

INSPECCIÓN

- Debe ser rápida y precisa e incluye una revisión específica relacionada con el problema principal y una revisión general
- Se valora si existe alguna situación que amenace la vida del paciente.

INSPECCIÓN ESPECÍFICA

- Aspecto General: posición del paciente, heridas, etc.
- Piel y mucosas: color y temperatura de la piel y mucosas, sudoración.
- Respiración: permeabilidad de la vía aérea, tipo de respiración y grado de dificultad.
- Circulación: ausencias de pulso, características del mismo, perfusión, presencia de hemorragia.
- Neurológico: nivel de conciencia, reactividad al dolor, pupilas motricidad.

OTRAS ACTIVIDADES

(Están relacionadas al cuadro clínico del paciente y no como actividad prioritaria ante la sospecha de patología respiratoria)

- Toma de signos vitales.
- Realización de electrocardiograma, si es necesario.
- Medición de glucemia capilar, si es necesario.
- Aplicación medios físicos.

Y otras que sean necesarias y correspondan a las competencias profesionales de enfermería.

**Una vez realizadas las etapas de triaje,
El profesional de enfermería establece
Las prioridades asistenciales acorde con el nivel de gravedad**

Triaje: NIVELES DE GRAVEDAD

Nivel I	o	Emergente
NivelII	o	Urgente
NivelIII	o	NO Urgente

NIVEL I O EMERGENTE

- Corresponde a los procesos agudos, críticos o graves inestables que pueden conducir a un rápido deterioro respiratorio, neurológico y/o hemodinámico, con riesgo de muerte.
- El tiempo permitido es inmediato

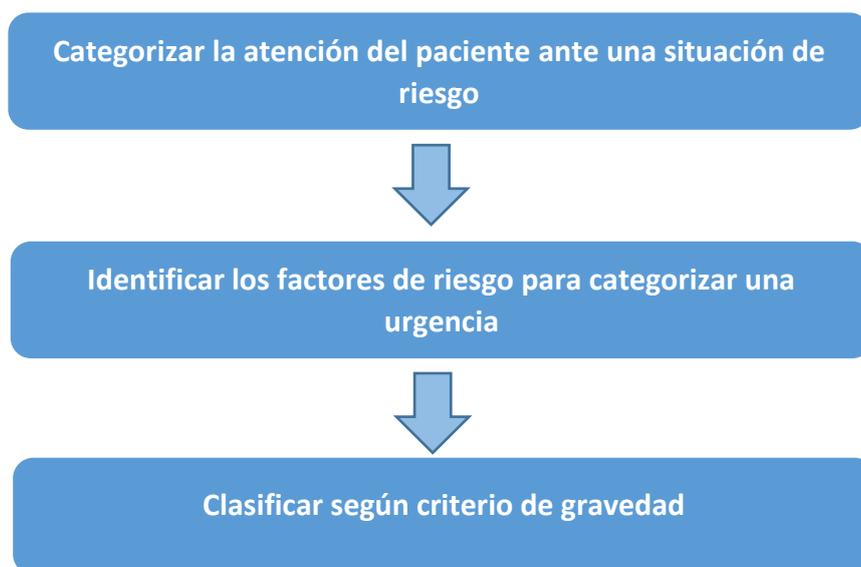
NIVEL II O URGENTE

- Corresponde a proceso agudo, estable, no crítico.
- Tiempo permitido de asistencia (internacional) inferior a 60 minutos

NIVEL III O NO URGENTE

- Corresponde a procesos no agudos, banales o sin gravedad que requieren atención médica pero no de carácter urgente
- La asistencia debe ser realizada en un tiempo que no supere los 120 minutos (parámetro internacional)

PROCESO ESQUEMÁTICO DE REALIZAR EL TRIAJE



DEFINICIÓN DE CASOS

Se recomienda revisar la última definición en la web del Ministerio de Salud de la Nación:

[https:// www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/Definicion-de-caso](https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/Definicion-de-caso)

CLASIFICACIÓN EN FUNCIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS

I	II	III
Rojo-EMERGENCIA	Amarillo-URGENCIA	Verde- SIN URGENCIA
Signos y síntomas graves, descompensación, con amenaza de pérdida de la vida	Presencia de síntomas, con signos estables, con factores de riesgo.	Estabilidad respiratoria, sin factores de riesgo

ROJO	AMARILLO	VERDE
Apnea		
Disnea grave	Disnea leve	
Taquipnea	Vómitos y diarrea	Fiebre
Taquicardia/bradicardia	Cefalea	Tos
Hipertermia	Debilidad	Ardor de garganta
Hipertensión arterial/ hipotensión	Respiración con tiraje	Rinorrea
SpO2 <93% (con aire ambiente)	Antecedente de factores de riesgo	

DENUNCIA EPIDEMIOLÓGICA:

Todo caso sospechoso o confirmado de COVID-19 debe notificarse inmediatamente mediante SNVS.

PARTICIPANTES

Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento, Dirección de Enfermería, Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria, Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles. Con la colaboración de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva – SATI

4- REORGANIZACIÓN Y AMPLIACIÓN PROGRESIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Este documento es una adaptación local de los siguientes documentos:

- Reorganización y Ampliación Progresiva de los Servicios de Salud para la Respuesta a la Pandemia de COVID-19 de la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OPS/OMS. Documento -Versión 01. De MARZO 2020
- Análisis de la problemática planteada en los hospitales para acondicionar otros espacios del hospital para poder atender el aumento de la demanda de pacientes que precisan atención en uci en caso de una epidemia - Angel Sánchez Vaqué y Miguel Angel Sánchez Tilló, de JG Ingenieros. Hospitecna - Revista de Arquitectura, Ingeniería, Gestión hospitalaria y sanitaria. ISSN: 2462-7348 Marzo 2020 Pandemia COVID-19

Objetivo

El objetivo de este documento es ofrecer recomendaciones para fortalecer la respuesta de los servicios de salud con el fin de salvar vidas y garantizar la capacidad de respuesta oportuna mediante medidas de **reorganización y ampliación progresiva de los servicios** en el contexto de la pandemia de COVID-19.

Problemática para el incremento de actividad

Visto la experiencia internacional respecto a una mayor demanda de atención de pacientes causada por el COVID-19, entre otras medidas para evitar y/o reducir esa situación, los hospitales tienen que prepararse para ese posible escenario. Resultará necesario para ello, reformular la función de algunos sectores, adecuándolos para aumentar la capacidad instalada fundamentalmente en Unidades de Terapia Intensiva – UTI.

Además de los propios espacios físicos a recuperar para esa función, que se sugerirán más adelante, los hospitales deberán contemplar las siguientes consideraciones:

- a) Personal: Necesidad de incrementar el personal del hospital en todos los niveles (médico, enfermería, auxiliar, limpieza, etc.), atendiendo la necesidad de descanso personal y la situación del personal contaminado.
- b) Material de protección y equipamiento: Necesidad de aumentar la disponibilidad de material de protección personal (barbijos, guantes, pijamas, protectores oculares y gorros) para personal y pacientes, además de equipamiento asistencial especialmente respiradores, entre otros.
- c) Logística: Necesidad de incrementar: (1) suministro productos farmacéuticos y material de higiene y desinfección; (2) frecuencia e intensidad de limpieza y desinfección con productos adecuados; (3) disponibilidad ropa de cama y vestimenta de pacientes (respetando manipulación, recogida, almacenamiento y traslado de material infectado); (4) frecuencia de recolección de residuos, bajo protocolos

específicos; (5) número de raciones de alimentación y dietas especiales y (6) el tráfico informático.

- d) Disponer de un sistema eficaz y riguroso de clasificación de los pacientes en combinación con el servicio de urgencias. Se podrá utilizar el establecido para el TRIAJE de las guardias o también algo más específico a definir, pudiendo utilizar las siguientes categorías, que a modo de ejemplo se detallan e irán variando en función a la evolución de los pacientes:
- Pacientes que permanecen en sus domicilios supervisados periódicamente por personal sanitario o que han sido reenviados por los servicios de urgencias porque se considera que pueden pasar la infección de carácter leve en sus casas y que serán atendidos por sus familiares con un estricto protocolo de medidas de precaución y actuación y con un sistema establecido de envíos periódicos de datos al supervisor.
 - Pacientes infectados con buenas condiciones físicas, que conviene que permanezcan en el hospital para un mejor control y seguimiento, sin necesidad de utilización de respiradores. También se pueden incluir a esta categoría los pacientes en una etapa final de evolución de la superación de la infección, pero pendiente de recibir el alta para su traslado y terminación de la recuperación en sus domicilios. Es importante determinar para los pacientes de este grupo si se considera que pueden compartir con otro paciente espacios pequeños con separaciones livianas como una mampara o cortina en una habitación de una unidad de enfermería.
 - Pacientes infectados graves en el momento álgido de la infección, con posibilidades de respiración, pero sin aparente riesgo de fallecimiento, que precisan de respiración asistida y de una atención continuada con altas medidas de precaución.
 - Pacientes infectados muy graves, de edad avanzada o con otras patologías, con posibilidades de recuperación, pero también con posibilidades de fallecimiento, que necesitan un uso permanente de respiración asistida y de monitorización de constantes y asistencia adecuada y personalizada.
 - Pacientes con muy pocas posibilidades de recuperación y superación de la infección, con respiración asistida y que puedan ser trasladados a una unidad de cuidados paliativos o a otra unidad que realice esta función.
- e) Mantener e incrementar el funcionamiento de las instalaciones del hospital: Es fundamental el trabajo del Servicio de Mantenimiento del hospital que permita mantener el normal funcionamiento sin interrupciones del edificio, incrementar sus prestaciones y demandas, variando las condiciones de funcionamiento (cambio de puntos de consigna, incremento de caudales y presiones, utilización de reservas). En estos momentos en los que se tensiona el funcionamiento del edificio, es cuando se valora el dimensionamiento generoso de las instalaciones.
- f) Acondicionamiento de espacios a utilizar, para incrementar la dotación de camas y equipos (similares a UTI). Para ello se presentan fundamentalmente dos

posibilidades: utilización de otros sectores del hospital (previa adecuación) y/o aumento de la capacidad de camas en los propios servicios del hospital. También se puede contar con la utilización de espacios y edificios no hospitalarios, que ya se trató en otro documento.

- g) Previamente a la adecuación de los espacios, el Departamento de Recursos Físicos y/o el Servicio de Mantenimiento del Hospital deberá realizar una evaluación del estado edilicio de cada uno de los servicios a adaptar.

Un punto de detección importante de casos de COVID-19 es la urgencia hospitalaria. El TRIAJE tiene como objetivo identificar y priorizar al paciente más grave. Al tratarse de una enfermedad transmisible se deben extremar las medidas de precaución. Sería aconsejable, destinar **un área diferenciada para atender las urgencias por enfermedades respiratorias.**

Muchos hospitales cuentan con servicios que, mediante algunas adecuaciones, podrían utilizarse para la atención de pacientes con distintos grados de la enfermedad.

Resulta necesario formular un **PLAN DE PREPARACIÓN DEL HOSPITAL ANTE EMERGENCIAS**, estudiando accesos, ubicación de cada servicio en particular, circulaciones, su conexión con las áreas de gestión y supervisión y en base a ello, definir la conveniencia o no de su uso/adecuación para la atención de pacientes.

Entre las áreas a evaluar como posibles recursos a incorporar a la atención del COVID 19, podemos mencionar los siguientes:

- Urgencia-emergencia – Shock room y Puestos de observación de los servicios de
- Hospital de Día – Puestos de observación
- Tratamientos quirúrgicos en áreas diferenciadas para ambulatorios y programados – quirófanos y puestos de observación
- Tratamientos quirúrgicos centrales – quirófanos y puestos de observación
- Endoscopías – salas y puestos de preparación/recuperación de pacientes
- Hemodiálisis – puestos de tratamiento
- Medicina Nuclear – puestos de recuperación
- Tratamientos físicos/Rehabilitación – gimnasio y boxes de tratamiento
- Docencia e Investigación – aulas
- Áreas de estacionamiento cubierto (si el alto es adecuado)

En aquellos casos de establecimientos integrados funcionalmente a una red, se aconseja evitar la duplicidad en los servicios de atención. Una propuesta sería redefinir los perfiles de hospitales, contemplando designar hospitales exclusivos para manejo de pacientes con COVID, por otro lado, hospitales para el manejo de urgencias, de pacientes crónicos y otras patologías agudas no respiratorias y para atención de partos y embarazos de alto riesgo, evitando con ello el posible aumento del contagio intrahospitalario.

También como ya se mencionó, se podría contar con planes por establecimiento que permitan la **reconversión de camas según riesgo clínico y dependencia de cuidados de enfermería**. Se detallan a continuación consideraciones sobre los servicios a contemplar para esos efectos:

SERVICIO DE URGENCIAS – EMERGENCIAS

Los servicios de urgencias de los hospitales son la puerta de entrada de la mayoría de los pacientes infectados, pero deben seguir atendiendo a los tipos habituales de urgencias que no han disminuido excepto las de accidentes de circulación. Por ello, **es necesario separar los flujos de atención** y reforzar los protocolos de protección personal, control de infecciones y, manejo y disposición segura de desechos hospitalarios procedentes del cuidado y atención de infectados por COVID-19.

- Creando una **sala de urgencia separada** de la sala de urgencia general, con flujos muy bien señalizados.
- Separar las áreas de espera para pacientes sintomáticos respiratorios (con máscara) de pacientes que se atienden por otras patologías.
- Personal entrenado y protegido, para hacer el TRIAJE e identificar el riesgo y la dependencia de cuidados que requiere cada persona.
- Minimizar los traslados del paciente infectado al interior del hospital para disminuir el riesgo de contagio para otros pacientes y personal de salud.
- Implementar el aislamiento por cohortes si la situación epidemiológica lo requiere.

Ante percepción de síntomas, es importante que la población utilice los teléfonos asignados por jurisdicción, para evaluar cada caso en particular, evitando en lo posible incrementar la actividad de los servicios de urgencia. En caso de concurrir a la atención es importante que los enfermos infectados permanezcan el menor tiempo posible en esta unidad antes de su traslado a otros servicios del hospital.

Los enfermos con riesgo de infección deben ser clasificados rápidamente y derivados al sector establecido para su atención, con el objeto de disminuir el tiempo de permanencia en la sala de espera, evitando al máximo que las urgencias sean un lugar de fácil transmisión de la contaminación. También es conveniente instalar mamparas en la sala de espera de urgencias para aumentar distancias de seguridad entre enfermos.

Si la densidad y tipología de las urgencias lo permite, se puede sectorizar la atención, liberando la zona de shock room y de observación para ser utilizada por los pacientes contaminados.

Ventajas:

- El servicio dispone de una instalación adecuada de climatización.
- La dotación de gases medicinales de los boxes y observación es la adecuada.
- La instalación eléctrica con sistema IT (sistema de aislado de puesta a tierra) y de SAI (sistema de alimentación ininterrumpida) es la adecuada.
- Dispone de sistema de llamada a enfermera.
- Dispone de red integrada de voz-datos.
- Dispone del equipamiento médico necesario.

Inconvenientes:

- El servicio no puede descuidar el resto de urgencias de otras patologías.
- Puede ser un lugar propicio para favorecer la contaminación.

HOSPITAL DE DÍA

Los diferentes hospitales de día son los candidatos ideales para su transformación a fin de atender a los pacientes infectados.

Ventajas:

- La instalación de climatización no es igual a las de UTI pero puede considerarse suficiente.
- La dotación de gases medicinales es la adecuada.
- La instalación eléctrica suele disponer en la mayoría de los casos de sistema IT (sistema de aislado de puesta a tierra) y de SAI (sistema de alimentación ininterrumpida) con una dotación adecuada.
- Dispone de sistema de llamada a enfermera.
- Dispone de red integrada de voz-datos.

Inconvenientes:

- Se tiene que dotar de equipamiento médico (respiradores y monitores) para todos los pacientes.
- Muchas veces se dispone de zonas de boxes cerrados pero también de espacios abiertos.

UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI, UCO, CCV, otras)

Son las camas más escasas y con alto requerimiento en COVID-19. Es importante garantizar que los pacientes tengan la menor estadía posible en este nivel, teniendo la posibilidad de salir hacia camas de cuidados intermedios. Es importante mantener la “reversibilidad” entre unidades UTI y UTIn, lo que implica mejorar dotaciones de personal y de equipamiento como ventilación mecánica y otros.

Este servicio, cuenta con camas para atención de pacientes críticos con afectación de uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial la vida y que presenta condiciones de reversibilidad.

Ante el mayor requerimiento de este tipo de camas, no es conveniente hacerlo colocando dos enfermos en cada box aunque las instalaciones y la superficie lo permitan.

UNIDADES DE TERAPIA INTERMEDIA

Estas camas pueden ser de gran utilidad en COVID-19 para el grupo de pacientes que requiere monitorización y medidas de apoyo como oxigenoterapia, hidratación, ventilación mecánica no invasiva, manejo de drogas y otros. Pueden también complejizarse hacia el nivel siguiente, a unidades de terapia intensiva, incrementando la capacitación del personal, aumentando su dotación y agregando equipamiento como ventilación.

Están destinadas a la atención de pacientes de mediana complejidad, que se encuentran en fase aguda de la enfermedad, que debieran compensarse en pocos días y que provienen de unidades de emergencia o han sido trasladados desde unidades de camas críticas por estar en recuperación. Su riesgo médico es mediano y tienen alta dependencia de enfermería. Cuentan con vigilancia estrecha y periódica de parámetros esenciales, atención integral y tienen alta demanda de cuidados de enfermería. Requiere de un médico jefe y enfermera supervisora y la dotación de recursos humanos de acuerdo a la normativa del país.

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PARA CUIDADOS BÁSICOS

Disminuir al máximo este nivel de camas, llevándolas hacia el siguiente nivel de complejidad, al nivel de cuidados medios, con mayor recurso de personal y tecnología. Optar por la hospitalización domiciliaria si se trata de pacientes de bajo riesgo y en recuperación

Estas unidades disponen de menor dotación de instalaciones que las UTIs, por lo que se pueden destinar a atender pacientes infectados que no requieran instalaciones complejas, equipamiento y control de enfermería continuo, o en algunos casos, dependiendo de su tipología edilicia, se pueden arbitrar las medidas necesarias para su reconversión, complejizando según riesgo clínico y dependencia de cuidados de enfermería. Se debe decidir si se pueden seguir usando los espacios como habitaciones dobles o si es conveniente reconvertir todas las habitaciones como individuales.

Ventajas:

- Disponen de instalación de oxígeno, aunque la capacidad de la red es más limitada (se podría complementar con tubos portátiles).
- La dotación eléctrica es suficiente en cuanto dotación, aunque no siempre dispone de sistema IT (sistema aislado de tierra) y en algunos casos tampoco de SAI (sistema de alimentación ininterrumpida).
- Dispone de sistema de llamada a enfermera.
- Dispone de red integrada de voz-datos.

Inconvenientes:

- La instalación de climatización es diferente a la de una UTI, pero es admisible para el tipo de pacientes propuestos.
- Se tiene que dotar de equipamiento médico adecuado para los pacientes.

UNIDAD DE TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS

Dependiendo de las características de la planta física y en el caso que se disponga de dos áreas diferenciadas (una para cirugías ambulatorias y otra para cirugías programadas), se podrían disminuir y reprogramar las cirugías que no requieran urgencia, concentrándolas en una de estas unidades, reconvertir la función de la otra para la atención de pacientes con COVID 19.

Es una unidad que fácilmente se puede reconvertir en una UTI (puestos de recuperación) debiendo contemplar la separación entre pacientes en caso de disponer de espacios abiertos. Por otro lado cada quirófano, según su dimensión, podría utilizarse por dos pacientes con las separaciones adecuadas.

Ventajas:

- La instalación de climatización no es la misma que en una UCI (salvo en los quirófanos), pero puede ser considerada suficiente.
- La dotación de gases medicinales suele ser suficiente.
- La dotación eléctrica es suficiente, aunque no sea un sistema IT (sistema de aislado de puesta a tierra) y con SAI (sistema de alimentación ininterrumpida) salvo en los quirófanos.
- Dispone de red integrada de voz-datos.

Inconvenientes:

- No suelen disponer de sistema de llamada a enfermera.
- Se debe dotar de equipamiento médico adecuado.
- En algunos casos corresponde a un espacio abierto sin boxes cerrados.

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS CENTRALES

Aunque se suspendan las operaciones programadas no urgentes el bloque quirúrgico debe seguir atendiendo a las operaciones que se necesiten realizar en el hospital, pero la actividad ha bajado considerablemente. Por ello si por el tiempo de utilización del quirófano la anestesia y la recuperación postoperatoria, se puede realizar en el mismo quirófano donde se ha hecho la operación, se puede liberar el área de **recuperación** para enfermos infectados. Cabe aclarar que se deberá adecuar el sector de forma tal de crear una **barrera física** entre ambos sectores para evitar posibles contaminaciones.

Ventajas:

- La instalación de climatización es la adecuada.
- La instalación de gases medicinales es la adecuada
- La instalación eléctrica con sistema IT (sistema de aislado de puesta a tierra) y SAI (sistema de alimentación ininterrumpida) es la adecuada
- Dispone de red integrada de voz-datos
- Dispone del equipamiento médico adecuado

Inconvenientes:

- No dispone de sistema de llamada a enfermera
- Corresponde a un espacio abierto sin boxes cerrados.
- Se debe vigilar la separación adecuada entre pacientes.
- Se debe materializar una separación efectiva entre la zona de quirófanos y la de los puestos de observación a utilizar para pacientes infectados

ENDOSCOPIAS

Se han suprimido todas las endoscopias no urgentes. Se puede liberar el espacio de preparación y recuperación de pacientes e incluso algunas de las salas propiamente de endoscopias.

Ventajas:

- La instalación de climatización no es la misma que en una UTI (salvo en las salas de endoscopias) pero puede ser considerada suficiente.
- La dotación de gases medicinales es suficiente.
- La dotación eléctrica es suficiente, aunque no sea un sistema IT (sistema de aislado de puesta a tierra) y con SAI (sistema de alimentación ininterrumpida) salvo en las salas de endoscopias.
- Dispone de red integrada de voz-datos.

Inconvenientes:

- No suelen disponer de sistema de llamada a enfermera.
- Se debe dotar de equipamiento médico adecuado.
- Muchas veces se dispone de zonas de boxes cerrados pero también de espacios abiertos.

HEMODIÁLISIS

Los pacientes que precisan diálisis necesitan seguir haciendo sus sesiones habituales, pero si estos pacientes pueden ser derivados a unidades de diálisis exteriores al hospital, se puede recuperar este espacio para atender pacientes infectados, porque dispone de instalaciones adecuadas.

Ventajas:

- La instalación de climatización no es la misma que en una UTI pero puede ser considerada suficiente.
- La dotación de gases medicinales es suficiente.
- La dotación eléctrica es suficiente porque habitualmente dispone de un sistema IT (sistema de aislado de puesta a tierra) y con SAI (sistema de alimentación ininterrumpida).
- Suele disponer de sistema de llamada enfermera.
- Dispone de red integrada de voz-datos.

Inconvenientes:

- Se debe dotar de equipamiento médico adecuado.
- Corresponde a un espacio abierto sin boxes cerrados excepto el box de aislamiento.

MEDICINA NUCLEAR

Se han suprimido todas las pruebas de medicina nuclear no urgentes, lo que liberaría los boxes calientes para ser ocupados por pacientes infectados.

Ventajas:

- La instalación de climatización no es la misma que en una UTI pero puede ser considerada suficiente.
- La dotación de gases medicinales es suficiente.
- La dotación eléctrica es suficiente, aunque no sea un sistema IT (sistema de aislado de puesta a tierra).
- Suele disponer de sistema de llamada enfermera.
- Dispone de red integrada de voz-datos.

Inconvenientes:

- Se debe dotar de equipamiento médico adecuado.

REHABILITACIÓN

La actividad de rehabilitación prácticamente se ha suspendido en muchos hospitales y los enfermos realizan los ejercicios en sus domicilios. Es un espacio no preparado para acoger pacientes infectados ni en el gimnasio ni en los boxes de tratamiento, pero en los que se pueden hacer obras provisionales para su adecuación.

Ventajas:

- La instalación de climatización no es la misma que en una UTI pero puede ser considerada suficiente.
- Puede aprovecharse de todo el sistema logístico de hospital.

Inconvenientes:

- No dispone de instalación de gases medicinales que se deberá instalar o disponer de tubos portátiles.
- Se deberá realizar una instalación eléctrica adecuada.

- Se debe dotar de instalación de red integrada voz-datos adecuada
- Se debe dotar de camas y equipamiento auxiliar
- Se debe dotar de equipamiento médico adecuado.

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN – AULAS

Proporcionan espacios amplios que pueden ser reconvertidos y equipados para la atención de pacientes infectados.

Ventajas:

- La instalación de climatización no es la misma que en una UTI pero puede ser considerada suficiente.
- Puede aprovecharse de todo el sistema logístico de hospital.

Inconvenientes:

- No dispone de instalación de gases medicinales que se deberá instalar o disponer de tubos portátiles.
- Se deberá realizar una instalación eléctrica adecuada.
- Se debe dotar de instalación de red integrada voz-datos adecuada
- Se debe dotar de camas y equipamiento auxiliar
- Se debe dotar de equipamiento médico adecuado.

ESTACIONAMIENTO CUBIERTO

Antes de buscar espacios exteriores al hospital en otro tipo de edificios, alejados del propio hospital, se puede estudiar si el alto del estacionamiento cubierto es el adecuado. En ese caso, se podría habilitar una planta o una parte de una planta de estacionamiento del propio hospital si se encuentra en el mismo edificio, para montar unas unidades provisionales para atender a pacientes infectados, ya que estando en el propio edificio se puede aprovechar todo el sistema logístico del hospital.

Ventajas:

- Puede aprovecharse de todo el sistema logístico de hospital.

Inconvenientes:

- El alto de la planta. Sería imprescindible disponer al menos de 2.5 de alto libre y preferiblemente 2.70 m.
- Se debe colocar un conjunto de mamparas y pavimento sintético adecuado
- Se debe dotar de una instalación de climatización adecuada, aunque sea con equipos provisionales.
- Se debe instalar gases medicinales o disponer de botellas portátiles.
- Se deberá realizar una instalación eléctrica adecuada.
- Se debe dotar de instalación de red integrada voz-datos adecuada
- Se debe dotar de camas y equipamiento auxiliar
- Se debe dotar de equipamiento médico adecuado.

*Resumiendo, la propuesta de reordenamiento de un establecimiento de salud, con el objeto de aumentar el número de camas disponibles para la atención de COVID 19, deberá responder a un **PLAN INTEGRAL DE PREPARACIÓN DEL HOSPITAL ANTE EMERGENCIAS**, que deberá contemplar el conjunto de recursos necesarios a tal fin, tanto físicos (arquitectura, instalaciones y equipamiento), como de recursos humanos y de medicamentos e insumos necesarios para un adecuado funcionamiento.*

5- RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y ABORDAJE EN RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES Y PLAN DE CONTINGENCIA

INTRODUCCIÓN

La persona mayor por su edad, así como por presentar comorbilidades, es población vulnerable para el desarrollo de formas graves y fatales de infecciones respiratorias agudas en general y de COVID-19 en particular.

La situación que se presenta en las residencias de adultos mayores es diferente a lo que sucede en otras instituciones de salud y presenta riesgos específicos. Existen factores propios que pueden aparecer por el momento evolutivo de las personas, como el proceso de envejecimiento y la disminución de la reserva funcional que dificulta la lucha contra las enfermedades, además de manifestar capacidades reducidas para movilizarse, dificultades comunicacionales y alteraciones en la percepción propia del cuerpo, todas estas características, se asocia la presencia de espacios comunes, al tránsito continuo de trabajadores de la salud, familiares, cuidadores, convivencia con personas con distintos grados de fragilidad.

En este sentido, es necesario considerar diferentes escenarios a gestionar: Por un lado, evitar la introducción del COVID-19 en los establecimientos y por el otro, una vez que el COVID-19 se introdujo evitar la transmisión e implementar medidas para el control del brote.

Con el objetivo de proteger la salud y el bienestar de las personas que residen y trabajan allí, se realizan estas recomendaciones y se proponen los lineamientos para un plan de contingencia.

I. RECOMENDACIONES PARA DISMINUIR LA EXPOSICIÓN AL RIESGO DE RESIDENTES Y TRABAJADORES DE LA INSTITUCIÓN

Medidas para evitar la introducción del virus a las instituciones

Para residentes:

- Restringir las visitas de personas externas a la residencia permitiendo solo aquellas estrictamente necesarias (procedimientos médicos invasivos imprescindibles, cuidados personales básicos, acompañamiento humanizado en el final de la vida).
- En caso de ser necesario el ingreso a esta comunidad cerrada, los visitantes deben ser informados y deben adoptar las medidas de bioseguridad requeridas, así como cumplir las restricciones que la institución realiza.
- A toda persona que ingresa se le deberá tomar la temperatura corporal, prohibiendo el ingreso a todos aquellos que presente fiebre (temperatura mayor igual a 37,5°).
- En ningún caso se permitirán visitas de personas que presenten síntomas respiratorios.

- Se solicitará tener el pelo recogido, no utilizar elementos en las manos y brazos que impidan la correcta higienización.
- Para todos aquellos objetos que ingresen a la residencia es importante implementar un protocolo de recepción, el cual debe incluir la aplicación de una solución de lavandina diluida.
- Ante un NUEVO INGRESO o ante la SALIDA DE UN RESIDENTE de la institución (por ejemplo, derivación a efector de salud) se deberán indicar 14 días de aislamiento posteriores al ingreso o reingreso de esta, en una habitación individual contemplando sus necesidades básicas.
- Suspender las salidas de la residencia, salvo excepciones o razones de fuerza mayor.
- Dentro de lo posible, cerrar las zonas comunes para disminuir al máximo la interacción entre los residentes. Podrán considerarse como alternativa la organización de turnos que permita mantener una distancia de seguridad entre los residentes de 2 metros y con una limpieza oportuna al finalizar cada turno.
- Ante la observación de un residente con fiebre y/o síntomas respiratorios se deberá activar el protocolo de asistencia médica inmediata por parte del sistema sanitario.
- Instalar dispensadores de alcohol en gel para residentes (idealmente tanto dentro como fuera de la habitación).
- Para más información consultar en:
<https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/cuidarnos>
<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/poblacion/alimentos>

Para el personal de salud

- La institución debe disponer y/o acondicionar un área para el personal, donde se realizará el cambio de ropa y calzado de calle por la de trabajo. Preferentemente esta área debería estar estratégicamente alejada de aquellos que residen en la institución.
- Disponer los elementos de bioseguridad y protección personal (EPP) según normativas vigentes del Ministerio de Salud de la Nación y capacitar al personal sobre las mismas.
- El uso de barbijos es sólo obligatorio para todos los trabajadores de la Residencia para Personas Mayores (RPM).
- El personal de salud responsable deberá controlar diariamente signos vitales de los residentes de manera exhaustiva (TA/FR/FC/Temperatura y Oximetría de pulso) para detección precoz de casos sospechosos.
- El equipo de asistencia en contacto con personas que cumplan con la definición de caso sospechoso de COVID-19 deberán utilizar en forma adecuada el equipo de protección personal (EPP) y las medidas de bioseguridad.
- Realizarán higiene de manos antes y después del contacto con los residentes, después del contacto con superficies o equipos potencialmente contaminados¹ y después de quitarse el equipo de protección individual.

¹ (se considera contaminado todo aquello que haya entrado en contacto con un caso sospechoso o sus secreciones o permanecido a una distancia menor a dos metros de este)

- La institución planificará el personal sanitario necesario en contacto directo con casos sospechosos confirmados de COVID-19:
<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/definicion-de-caso>
- Las medidas de bioseguridad deben estar claramente explicitadas y accesibles a todos los trabajadores de la institución.
<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID19/recomendaciones-prevencion-empresas-organismos-atencion-publico#4>

Para los responsables institucionales:

- Reglamentar y facilitar los mecanismos para obtención de licencias del personal afectado con el fin de evitar que concurren a trabajar con síntomas.
- Se deberá efectuar el seguimiento de los empleados con ausencias no justificadas para determinar su estado de salud.
- Garantizar el acceso oportuno al diagnóstico del personal, en aquellos casos sospechosos de COVID-19, realizar de forma rutinaria el autoexamen de síntomas y signos dos veces por día.
- Evaluar la factibilidad de generar grupos de trabajo rotativos.
- Prever equipos de personal capacitado como reserva en caso de ausencia, aislamiento preventivo o por enfermedad
- Considerar en el multiempleo, acuerdos interinstitucionales para la realizar las actividades asistenciales en sólo una de ellas.

Todos los trabajadores encargados de la asistencia (sanitaria y no sanitaria) deben seguir estrictamente las medidas de protección encaminadas a controlar y reducir la transmisión del coronavirus.

Reforzar la vacunación de acuerdo con el calendario nacional, principalmente antigripal y antineumocócica, de los trabajadores y los residentes.

II. MEDIDAS PARA EVITAR/O LIMITAR LA TRANSMISIÓN Y LA PRESENCIA DE CASOS POSITIVOS DE COVID- 19

Situaciones de casos institucionales

Casos de COVID-19 en Residentes

- Todos aquellos residentes que presenten sintomatología respiratoria aguda o fiebre deberán restringir sus movimientos lo máximo posible y quedarse en una habitación con buena ventilación (preferiblemente al exterior) e idealmente con un baño propio hasta que sea evaluado por el personal médico y se defina la necesidad de derivación ante la sospecha de COVID-19.
- Si luego de la evaluación profesional el paciente cumple criterios de CASO SOSPECHOSO, se activará el protocolo de derivación. Es importante considerar la necesidad de contar con un espacio donde se pueda realizar el aislamiento del

residente hasta su derivación.

- Realizada la derivación, el espacio ocupado deberá ser desinfectado, según las recomendaciones de limpieza y desinfección de material sanitario, superficies y ambientes vigentes al momento de la activación del protocolo.
- Ante el diagnóstico de caso sospechoso deberán implementarse inmediatamente las medidas de protección individual según normas por contacto y por gotas.
<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/recomendaciones-usoepi>).
- Se informará en forma inmediata al residente de su condición, a su familia y a las autoridades de salud pública.
- Se debe notificar el caso al sistema nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).
- El residente que cumpla con la definición de contacto estrecho de un caso de COVID-19 se le indicará el aislamiento de ser posible en una habitación con buena ventilación (preferiblemente al exterior) e idealmente con un baño propio durante el periodo de vigilancia establecido (14 días).
- Se realizará un seguimiento médico en busca de síntomas respiratorios según lo establecido por las recomendaciones nacionales.
- La evaluación clínica del caso determinará la internación en un centro de mayor complejidad.

Durante todo el protocolo y en forma permanente se mantendrán las medidas de higiene y bioseguridad recomendadas para evitar el contagio y la propagación del virus.

Todos los casos y sus contactos deben ser notificados al Sistema Nacional de vigilancia de la salud SNVS 2.0.

Casos de COVID- 19 en Trabajadores institucionales

Ante la presencia de un caso de COVID- 19 de trabajadores institucionales, el coordinador del plan de contingencia o la persona designada, deberá activar el protocolo de caso sospechoso, comunicar a la autoridad sanitaria local para su redirección sistematizada.

III. MEDIDAS PARA LA ORGANIZACIÓN DE LAS RPM

Confeccionar Plan de Contingencia

Las autoridades de la RPM deberán elaborar de un Plan de Contingencia, designando un coordinador responsable para su ejecución.

Deberá especificar:

1- Características del establecimiento

a) Recursos materiales, físicos y o edilicios:

- Número de habitaciones, número de camas. Espacios amplios que permitan la convivencia respetando la distancia persona a persona adecuada (2 metros).

- Insumos disponibles para cumplir con la higiene y aislamiento (guantes, barbijos, alcohol en gel, desinfectantes, equipos de protección individual), para residentes y todo el personal de la RPM.
- Provisiones y medicamentos suficientes para un mes de tratamiento.
- Cartelería con información adecuada y clara, indicando circuito de ingreso y las medidas de higiene.
- Espacios adecuados para el aislamiento: para el aislamiento transitorio de casos sospechosos y/o positivos, a la espera de su derivación al centro hospitalario asignado, deberá ser ubicado en una habitación con ventilación, donde se respeten todas las medidas de higiene y el paciente permanezca aislado y atendido según las recomendaciones correspondientes.

b) Recurso Humano:

Equipo de salud:

- Listado del plantel total de trabajadores incluyendo dueños y equipo de dirección.
- Listado de profesionales: médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas, kinesiólogos.
- Listado de trabajadores no profesionales: Listado de asistentes geriátricos.
- Listado de trabajadores de mantenimiento, cocina y limpieza.
- Listado de personal para reemplazo y suplencias.
- Personal capacitado en las medidas de bioseguridad y en la aplicación del protocolo del Plan de Contingencia.
- Listado de proveedores.
- Detalle de horarios, rotación y turnos.

Residentes:

- Número total de residentes de la institución.
- Cantidad de residentes por habitación.
- Datos de los residentes y grupos de familiares o allegados.
- Historia Clínica confeccionada por profesional médico con datos de la valoración gerontológica*.
- Otros datos: Voluntad anticipada. Consentimiento informado, según normativa vigente, al momento de ingresar a la RPM.

*Valoración gerontológica. Es indispensable que los RPM, aseguren que todos los residentes tengan en su correspondiente evaluación gerontológica, realizada por el médico de la institución a los efectos identificar y garantizar los mayores cuidados de las personas de mayor riesgo.

2- Procesos que se establecerán en la prevención de la introducción del nuevo virus, así como procesos para limitar y controlar una situación de brote local.

a) Medidas para higiene de espacios institucionales y fómites.

- Se deben implementar programas intensificados de limpieza en el centro focalizando en las zonas de mayor tránsito y limpieza de las superficies de contacto frecuente.
- El procedimiento de limpieza y desinfección de las superficies y de los espacios en contacto con el paciente se deberá realizar según las recomendaciones de limpieza y desinfección de material sanitario, superficies y ambientes vigentes al momento de la activación del protocolo.
- El personal de limpieza deberá ser instruido en las medidas pertinentes de protección personal individual, así como en bioseguridad.
<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/recomendaciones-uso-epp>
- El material utilizado que sea desechable se considerara material patógeno y debe manipularse como tal. Los residuos generados en la atención del paciente se eliminarán en bolsas rotuladas para su eliminación.

b) Vajilla y alimentación.

- Se recomienda que la vajilla utilizada por una persona con sospecha de COVID-19 en aislamiento sea descartable, que permanezca en la habitación y sea desechada dentro de la misma.
- Si no se dispone de vajilla descartable, se recomienda lavar la vajilla reutilizable en un lavavajillas.
- Si no dispone de lavavajillas, se recomienda lavar a mano con detergentes usando el EPP apropiado según técnica adecuada.
- El personal deberá colocarse el EPP para entregar la comida a los pacientes con sospecha de COVID-19. Retirar el EPP de manera correcta luego de salir de la habitación.
- La retirada de la ropa de la habitación del paciente se realizará según las recomendaciones, embolsada, cerrada y rotulada dentro de la propia habitación.

c) Gestión de residuos.

- Los residuos del paciente, incluido el material desechable utilizado por la persona enferma deben descartarse siguiendo las recomendaciones vigentes para el manejo de material biológico extremando las medidas para evitar el contacto con otras superficies.
- El personal que maneje estos residuos debe cumplir con las normativas para de utilización de EPP.

3-Traslados / Derivaciones

- Mantener informado de manera permanente al residente sobre su condición, la posibilidad del traslado y de las decisiones que se van tomando sobre su persona.
- Se debe explicar la situación en lenguaje claro y adaptado a sus capacidades.
- Una vez que se ha comunicado a los residentes que se los derivará o evacuará, se informará a los familiares y allegados directos de la Persona Mayor.

- Implementación inmediata de medidas de bioseguridad al equipo de salud, así como el aislamiento preventivo del residente.
- El coordinador del plan de contingencia de la institución o quien este designado en ese turno deberá comunicar a la autoridad sanitaria local, para la activación de protocolo de actuación ante caso sospechoso.
- Se derivarán: casos sospechosos y/o positivos, se realizará en forma inmediata si la RPM no cuenta con habitación para el aislamiento.
- El traslado se hará a los centros hospitalarios, previamente determinados por la autoridad sanitaria local.

IV. ROL DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS LOCALES

a) Relevar el número de las Residencias para Personas Mayores locales

- Disponer de un equipo de trabajo que registre a cada establecimiento y efectúen su geolocalización (esté habilitado o no por la autoridad competente).
Se considerará RPM, a aquellas que alberguen a 5 o más adultos Mayores.
- Tener en cuenta las RPM, que sean asistidas frecuentemente por los sistemas de emergencia locales, y aquellas RPM, visitadas para la aplicación de la vacunación correspondiente a sus residentes.
- En el relevamiento es indispensable verificar la existencia del Plan de Contingencia y el responsable de este.

b) Incorporar a las RPM en la red sanitaria del sistema de salud local

- Disponer de un registro actualizado de los Centros de atención hospitalarios, públicos, privados y RPM.
- Conocer número de camas de internación general, el número de camas de terapia intensiva de adultos y el número de camas de RPM.
- Tener listado de espacios o instituciones de la comunidad que puedan ser adaptados para el aislamiento de personas COVID-19 positivas y/o casos sospechosos. considerando el número potencial de camas posibles.
- Realizar proyección del número total de estos espacios, y número de camas (clubes, iglesias, salones, gimnasios etc.) que podrían adaptarse ante la eventual evacuación para pacientes asintomáticos y negativos.

c) Implementar el registro de Trabajadores de la Salud.

- Se debe tener un registro de personal de reemplazo para asistentes geriátricos, profesionales y personal de mantenimiento, que reemplacen de inmediato a trabajadores infectados o sintomáticos, para garantizar la atención de los residentes.
- Este personal de reemplazo debe ser capacitado y tener conocimiento de las normativas de bioseguridad vigentes.
- Contar con un equipo de salud, y asistentes geriátricos que aseguren una atención adecuada a las Personas Mayores evitará la evacuación total de la RPM.

- Establecer, vinculado con el multiempleo, estrategias que posibiliten contar con “trabajadores exclusivos” en las RPM. Se sugiere unificar las horas de aquellos trabajadores o asistentes geriátricos, que presten servicios en varios centros de salud, conservando el valor y pago de estas, pero con actividades laborales realizadas en una única RPM.

d) Situaciones en las que se plantea una Evacuación de las Residencias para Personas Mayores (RPM)

- Falta de personal de asistencia.
- Falta de higiene demostrada en la institución.
- Imposibilidad de garantizar el distanciamiento persona a persona mínimos.
- Causas de fuerza mayor.
- Visualización de abandono de persona por parte de la dirección.
- Falta de garantía en las provisiones indispensables de alimentos y/medicación de los residentes.
- Enfermedad demostrada del equipo de salud y que no exista reemplazante.
- Contar con anticipación posibles lugares de aislamiento organizados y adaptados para albergar a las Personas Mayores, por ejemplo, instituciones locales, públicas o privadas como Clubes, escuelas, establecimientos religiosos.
- La evacuación será siempre preservando la identidad de las personas y con las medidas de seguridad vigentes.
- Se debe tener en cuenta que las personas mayores evacuadas son pacientes sin síntomas, ni sospechas de infección.
- Tanto los residentes trasladados, así como el equipo que los traslada, deben cumplir con las medidas de protección individual.

V. PROTECCIÓN DE LAS PM INSTITUCIONALIZADAS DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DDHH Y LA BIOÉTICA.

La República Argentina en 2017 aprueba en la ley 27.360, a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores adoptada por la organización de los estados americanos (OEA) en su 45ª asamblea general de junio de 2015. La misma establece pautas para promover, proteger y asegurar el pleno goce y ejercicio de los derechos de las PM y propicia la eliminación de todo tipo de discriminación y violencias fundadas en la edad. Asimismo, consagra, entre otros, el derecho a la salud y a recibir servicios sociosanitarios integrales de calidad.

En esta línea, comprender la vulnerabilidad de los adultos mayores ante el COVID-19, obliga desarrollar en las RPM estrategias de protección, y a fortalecer el cumplimiento de la legislación en prevención del abuso, el maltrato y violencia.

Durante las situaciones de epidemias y /o pandemia por COVID- 19 se debe visualizar diferentes escenarios vinculados a los derechos de las PM.

- Aislamiento social: equilibrar las acciones de distanciamiento físico necesarias para proteger a las PM del contagio y de las consecuencias de la enfermedad, sin descuidar salud mental y la contención social y afectiva promoviendo la comunicación con allegados y familiares, a través de medios telefónicos y medios virtuales.
- Autonomía de la voluntad: Para el derecho argentino (Código Civil y Comercial, ley 26.529 Derecho de los Pacientes, entre otros) las PM son capaces y autónomas por definición, más allá de tener algún grado de dependencia, enfermedad o vulnerabilidad. Resaltamos la importancia que en las RPM se tome en cuenta la voluntad y preferencias de cada residente en caso de necesitar derivación o traslado por COVID-19. En este sentido, se pueden contemplar las siguientes situaciones:
 - Directivas médicas anticipadas (DMA): Los administradores de la RPM deberán tener junto con la documentación de cada residente, las directivas médicas anticipadas de aquellas personas que las hayan emitido para orientar las decisiones de los profesionales de la salud sobre las contingencias que pudiera atravesar dicha persona. (art. 60 CCyC).
 - Si la capacidad de una PM estuviera limitada de hecho, es importante consultar la decisión de la familia. En caso de residentes declarados incapaces, consultar al curador. (art 707 CCyC).
 - En caso de emergencia para una persona incapaz, y sin familiares a quienes contactar, el equipo de salud puede definir el accionar. (art 42 CCyC).
 - Garantizar el derecho de las PM enfermas de COVID-19 a recibir la información necesaria y a brindar su consentimiento previo, pleno, libre e informado en cuanto a los tratamientos y medicamentos que vayan a recibir. (ley 26.529 Derechos del Paciente).
 - Para respetar los derechos de las Personas Mayores, deberían constar las voluntades anticipadas de los mismos.
 - Maltrato y abandono: Las autoridades sanitarias deberán actuar con inmediatez en los casos en los que se detecten RPM que no cumplan con los requisitos esenciales de bioseguridad y cuidados, para así garantizar que no se vulneren los derechos y la dignidad de las PM.
 - Imagen de las PM: propiciar un tratamiento respetuoso de la dignidad e intimidad de las PM prestando especial atención al manejo responsable de su imagen ante los medios de comunicación audiovisuales. Evitar su estigmatización.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19. Orientaciones provisionales, 21 de marzo de 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331643/WHO-2019-nCoVIPC_long_term_care-2020.1-spa.pdf
2. Organización de los Estados Americanos. Secretaría General. Convención

- Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 06/15/2015, Washington, D.C., Estados Unidos. Disponible en:
http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
3. Código Civil y Comercial de la Nación. Ley 26994. Boletín Oficial del 08/10/2014. Disponible en:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm>
 4. Ley 26.529 Derechos del Paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud. Boletín Oficial del 20/11/2009. Disponible en:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=160432>
 5. Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la prevención y abordaje de COVID-19 en residencias de personas mayores. Abril 2020. Disponible en:
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001853cntrecomendaciones-residencias-adultos-mayores-covid19.pdf>
 6. Ministerio de Salud de la Nación. Procedimiento para el manejo de cadáveres de casos de COVID-19. Abril 2020. Disponible en:
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001895cnt-covid19-manejo-cadaveres.pdf>
 7. Strategies to Prevent the Spread of COVID-19 in Long-Term Care Facilities (LTCF)
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/preventspread-in-longterm-care-facilities.html>
 8. Documento técnico Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19. Versión de 5 de marzo de 2020. Sociedad de Gerontología Española.
 9. Guía de prevención y control frente al COVID19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial Versión de 24 de marzo de 2020. Ministerio de Sanidad de España.
 10. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020.

6- RECOMENDACIONES PARA MANEJO DE CADÁVERES

Introducción

No existe por el momento una guía específica para el manejo de cadáveres de personas fallecidas por COVID-19, pero puede ser de aplicación lo contemplado en las Directrices de la Organización Mundial de la Salud publicadas en 2014 sobre Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria, que incluye un apartado de Recomendaciones sobre el cuidado de los difuntos y un Anexo de Servicios funerarios y autopsia.

Aunque no hay evidencia sólida hasta la fecha del riesgo de infección a partir de cadáveres de personas fallecidas por COVID-19, de acuerdo a lo observado para otros virus respiratorios y por el principio de precaución, se considera que estos cadáveres podrían suponer un riesgo de infección para las personas que entren en contacto directo con ellos.

Los cadáveres de personas fallecidas por COVID-19 deben ser considerados como cadáveres del Grupo II según lo establecido en el documento de Manejo Seguro de cadáveres del Ministerio de Salud de la Nación (Categorización de infecciones en cadáveres según riesgo de contagio y modo de transmisión).²

Las recomendaciones contenidas en este documento se han elaborado en respuesta a la situación epidemiológica actual y con el conocimiento disponible hasta la fecha, y podrán ser revisadas ante cambios en el contexto o nuevas evidencias

Recomendaciones para el tratamiento de cadáveres

Certificado de defunción

Los procedimientos de identificación y firma del Certificado Médico de Defunción serán responsabilidad del jefe del servicio y personal involucrado. La identificación del cuerpo cumple un rol de relevancia, y desencadena la generación de la documentación respaldatoria, que luego va a acompañar al cuerpo durante todo el proceso hasta su egreso del establecimiento, acorde a la legislación vigente en cada jurisdicción.

El Certificado Médico de Defunción debe contener, en forma anexa la mayor cantidad de datos que conduzcan a su identificación.

Si el cadáver es un NN, al Certificado se le debe anexar la información necesaria para facilitar la identificación de la persona fallecida, acompañado un juego mínimo de fotografías para identificación visual. Al igual que la Historia Clínica Hospitalaria de un paciente, el archivo fotográfico de un cadáver sin identificación debe contemplar el

² Manejo seguro de cadáveres. Guía para el equipo de salud. ISSN 978-987-26627-0-7

mismo nivel de confidencialidad, y estará debidamente registrado y codificado.

Para recolectar las improntas dactilares, en caso de falta de Documento Nacional de Identidad se procederá previamente al correcto lavado de manos del cadáver con agua y jabón o limpieza con alcohol, según corresponda.

Recomendaciones para Enfermería:

Se limitarán al mínimo imprescindible las actuaciones sobre el cadáver. No debe realizarse la extracción de sondas, tubos y/o drenajes que se le hayan colocado al cadáver.

Se deben tapar los orificios con un algodón embebido en una solución desinfectante de uso hospitalario (Amonio Cuaternario o similar), o con una solución de hipoclorito sódico que contenga 5.000 ppm de cloro activo (dilución 1:10 de una lejía con concentración 40-50 gr/litro preparada recientemente).

Traslado desde la sala de internación o espacio de aislamiento:

El cadáver debe ser transferido lo antes posible al depósito después del fallecimiento. Antes de proceder al traslado del cadáver, debe permitirse el acceso de los familiares para una despedida sin establecer contacto físico con el cadáver, ni con las superficies u otros enseres de su entorno o cualquier otro material restringiéndolo a los más próximos y cercanos. Las personas que entren deben tomar las precauciones de transmisión por contacto y gotas, siendo suficiente una bata desechable, unos guantes y una mascarilla quirúrgica.

Las personas que participen en el traslado del cadáver deberán contar con equipos de protección personal adecuados, similares a los recomendados para el personal de salud que atiende casos en investigación, probables o confirmados para infección por COVID-19 según disposiciones vigentes y cumplir con las normas de bioseguridad dispuestas por ley a tal fin, respecto de quienes manipulan materiales biológicos potencialmente infecciosos.

<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/recomendaciones-uso-epp>

El cadáver debe introducirse en una bolsa plástica de alta densidad, impermeable y con cierre hermético, debidamente identificada como material infectocontagioso, que reúna las características técnicas sanitarias de resistencia a la presión de los gases en su interior, estanqueidad e impermeabilidad. La introducción en la bolsa se debe realizar dentro de la propia habitación de aislamiento. Esta bolsa, una vez cerrada y con el cadáver en su interior, se deberá pulverizar con desinfectante de uso hospitalario o con una solución de hipoclorito sódico que contenga 5.000 ppm de cloro activo (dilución 1:10 de una lejía con concentración 40-50 gr/litro preparada recientemente).

El cadáver adecuadamente empacado en la bolsa se puede sacar sin riesgo para

conservarlo en el depósito mortuario, colocarlo en un ataúd para llevarlo al tanatorio, enviarlo al crematorio o realizar el entierro.

Autopsia

Los pacientes fallecidos por COVID-19, todavía pueden contener virus vivos en los pulmones y otros órganos y es preciso tomar medidas de protección respiratoria complementarias durante los procedimientos que generan aerosoles de partículas pequeñas.

Por ello en general se recomienda no realizar autopsia a los cadáveres de personas fallecidas por COVID-19, ya fuesen casos clasificados como caso en investigación, probable o confirmado, salvo indicaciones clínicas fundamentadas. En nuestro país en ocasión de la Pandemia por Gripe A, en aquellas circunstancias en que se produjeron fallecimientos con diagnóstico de certeza o sospechosos de Influenza A H1N1, y que no hubiera indicios de criminalidad, la práctica de autopsia no fue obligatoria, apoyando la medida la Resolución 946/09 de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Si la autopsia se considera realmente necesaria y se puede garantizar que ésta se realiza en un ambiente seguro se podrá llevar a cabo, cumpliendo las recomendaciones respecto al equipo de protección individual y la minimización de la producción de aerosoles.

Se deben seguir los protocolos de descontaminación, mantenimiento y eliminación de residuos utilizados habitualmente para otro tipo de microorganismos con el riesgo de propagación y mecanismo de transmisión similar.

Equipo de protección individual para las autopsias

Todo el personal deberá utilizar un equipo de protección individual que consistirá en:

- atuendo de quirófano, con camisa y pantalón o indumentaria equivalente;
- bata de uso único, impermeable, de manga larga y delantal (obligatorio si la bata no es impermeable);
- durante los procedimientos de la autopsia, mascarilla con filtro de partículas cuya protección corresponda a la norma N95 certificada por el NIOSH, o según la norma de la Unión Europea a FFP2 o, si se realizaran maniobras en las que se puedan generar aerosoles se colocará una mascarilla FFP3;
- protección ocular ajustada de montura integral o protector facial completo (preferente)
- doble guante de nitrilo y látex.
- gorro;
- botas altas hasta la rodilla:
- calzas.

Puesta del equipo de protección personal:

- el EPI debe colocarse en el vestidor (Figura 1) antes de ingresar a la sala de autopsia

donde se halla el cuerpo;

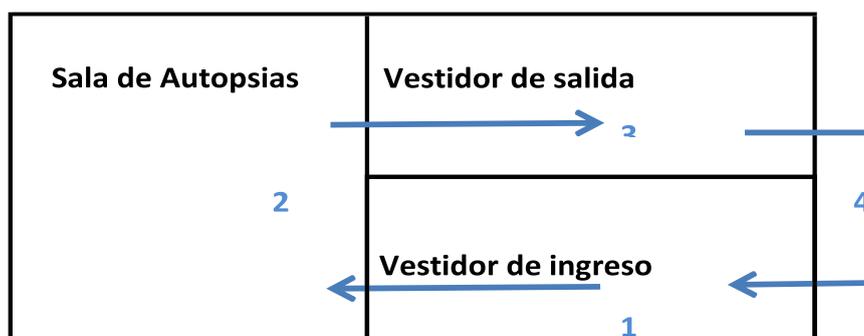
- en el vestidor, reemplazar la ropa y zapatos exteriores de calle por el atuendo completo de protección o su equivalente, además de las botas;
- entrar a la sala de autopsia donde se halla el cuerpo.

Retirada del equipo de protección personal:

- salir de la sala de autopsia al vestidor de salida como se indica en la Figura 1
- retirarse el equipo de protección personal en el vestidor de salida, y eliminarlo conforme las recomendaciones
- realizar higiene de manos.

Los guantes no deben ser usados como sustitutos del lavado de manos, ni deben ser reutilizados o lavados.

Figura F.1 Desplazamiento recomendado del equipo que emprende una autopsia en un establecimiento de atención sanitaria.



Limpieza en la sala de autopsias

Tras la finalización de la autopsia, se deben limpiar y desinfectar las superficies que se han contaminado con tejidos o líquidos y secreciones corporales. Esta limpieza la deben realizar las mismas personas que han realizado la autopsia, para minimizar el número de personas expuestas al posible riesgo. Se recomienda:

- eliminar en primer lugar la mayor parte de los tejidos o las sustancias corporales con materiales absorbentes
- limpiar las superficies con agua caliente y detergente
- los desinfectantes que tienen eficacia comprobada contra los virus dotados de cubierta son el cloro, el alcohol, el peróxido de hidrógeno, los compuestos de amonio cuaternario y los productos fenólicos.
- enjuagar bien.
- eliminar los residuos de la forma habitual.

Otras actuaciones sobre el cadáver

Se recomienda limitar al mínimo imprescindible las actuaciones sobre el cadáver, ejemplo extracción de marcapasos. El personal de la funeraria debe ser informado de que se trata de un cadáver de una persona fallecida por COVID-19. Las personas que

realicen estas actuaciones deberán aplicar medidas de protección similares a las recomendadas para el personal sanitario que atiende a pacientes de COVID-19.

No se deben realizar actuaciones de limpieza ni intervenciones de tanatopraxia o tanatoestética sobre el cadáver.

Transporte al tanatorio y destino final

Tras la correcta introducción del cadáver y desinfección de la bolsa sanitaria estanca, la manipulación exterior de esta o del ataúd que la contenga no comporta riesgos.

El personal que realice el traslado deberá ser informado previamente, así como del procedimiento a seguir en el caso de producirse un incidente.

La empresa funeraria es la responsable de la adecuada gestión de los residuos que se puedan producir en la prestación de los servicios funerarios.

La disposición final de los cuerpos puede tener cuatro destinos de acuerdo con los ritos religiosos, las costumbres del lugar y/o las disposiciones judiciales emanadas de la autoridad competente, a saber:

- Conservación.
- Inhumación.
- Cremación.
- Traslado al extranjero

La inhumación, que resulta ser el fin más buscado en caso de fallecimientos individuales, múltiples y masivos, debe cumplir con algunas normas básicas, en especial la de identificación y registro de las tumbas, aislamiento de los predios, cumplimiento de normas de salud pública y de procedimientos de bioseguridad y respeto a los principios de diversidad y no discriminación.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS: Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria. 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/2014-cha-prevencion-control-atencion-sanitaria.pdf>
2. Ministerio de Sanidad. Sociedad Española de Anatomía Patológica. Procedimiento para el manejo de cadáveres de casos de COVID-19. Versión del 13 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.seap.es/documents/10157/1811351/Procedimiento+para+el+manejo+de+cad%C3%A1veres.pdf/a0f7f59c-6777-4476-b10e-c07f94f7d8d3>
3. Ministerio de Salud de la Nación. Manejo seguro de cadáveres. Guía para el equipo de salud. 2017. ISSN 978-987-26627-0-7. Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias.

7- LINEAMIENTOS PARA UNA ATENCIÓN SANITARIA SEGURA EN ESTABLECIMIENTOS Y DISPOSITIVOS DE SALUD

Introducción

La Seguridad del paciente se define como la disciplina que tiene como meta la prevención, la reducción y la atención de los daños asociados a la asistencia sanitaria. Incluye al conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que tienen por objeto minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos o mitigar sus consecuencias. Implica una evaluación permanente y la implementación de barreras de seguridad y estrategias para reducir las fallas asociadas a las prácticas en salud.

Este documento se ha elaborado con el objetivo de efectuar recomendaciones para mantener y mejorar la seguridad de las prácticas sanitarias durante la pandemia de COVID-19.

Recomendaciones generales

En el contexto de la pandemia, se recomienda a los establecimientos sanitarios:

- La creación de un comité de crisis, que cuente, en relación a la infección por COVID-19, con asesoramiento en cuanto a las medidas vinculadas a la seguridad del paciente.
- Involucrar a los directivos en las cuestiones que promuevan una mayor seguridad en la atención de los casos sospechosos o confirmados de COVID-19, estableciendo a las prácticas seguras como un valor central de las instituciones en estas situaciones de emergencia (<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001890cnt-covid19-recomendaciones-para-directivos-y-iefes-de-servicio-hospitales.pdf>)
- Fomentar el liderazgo en seguridad, y el compromiso de los líderes, en el cumplimiento de las acciones y prácticas aconsejadas por las autoridades sanitarias nacionales y jurisdiccionales.
- Fortalecer el trabajo en equipo para la búsqueda de soluciones a los problemas de la seguridad de los pacientes con COVID-19.
- Capacitar continuamente, en cuanto a cómo efectuar prácticas seguras, a todas las personas involucradas en la atención sanitaria de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19, acorde a cada función y lugar, en los diferentes equipos de trabajo.
- Identificar y difundir de forma periódica recomendaciones e información sobre la seguridad de la atención de los pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19.
- Promover un ambiente no punitivo en donde los individuos puedan reportar errores, accidentes o problemas.

Identificación correcta de los pacientes

Se recomienda a los establecimientos sanitarios:

- Valerse de procedimientos estandarizados para la identificación correcta de los pacientes.
- Utilizar al menos dos identificadores (por ejemplo nombre y apellido, y documento nacional de identidad) para verificar la identidad de un paciente. Ninguno de estos identificadores debe ser el número de habitación o cama del paciente, dado que podría haber sido necesario cambiarlo de lugar y/o sector, y quien está ahora en esa habitación ya no es el mismo paciente.
- Desarrollar y utilizar estrategias no orales para identificar pacientes comatosos o confundidos.
- Que cada institución busque las soluciones tecnológicas para la identificación teniendo en cuenta la realidad de los entornos de atención clínica de los pacientes con COVID-19. Una de las herramientas más empleadas para la identificación de los pacientes son las pulseras de identificación. Como iniciativa básica, pueden utilizarse pulseras de identificación blancas sobre las que se escribe información específica (por ejemplo nombre, apellido y documento nacional de identidad).
- Chequear la identidad del paciente en cada intervención para mantener su seguridad. Siempre comprobar esto con la pulsera de identificación, que debe decir exactamente lo mismo.
- Incorporar la capacitación sobre procedimientos de control y verificación de la identidad de los pacientes dentro de la formación de los trabajadores de la salud que trabajan con pacientes con COVID-19.
- Definir como “NN” o “Desconocido” al paciente en quien no se pueda certificar su identidad debido a su estado de salud física, neurológica o psicológica. Se debe disponer de un procedimiento alternativo, para cumplir con el criterio de los dos datos identificatorios. Lo mismo debe realizarse con los cadáveres de pacientes con COVID-19 (<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/manejo-cadaveres-covid-19.pdf>)

En cuanto a las muestras biológicas e imágenes

(<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/laboratorio>)

- Utilizar métodos para la correcta identificación de muestras biológicas e imágenes
- Identificar las muestras biológicas e imágenes en el mismo momento de su obtención.
- El uso de al menos dos identificadores del paciente (por ejemplo nombre y documento nacional de identidad) para la identificación de la muestra o imagen.

Prácticas para la comunicación efectiva entre profesionales

Se recomienda a los establecimientos sanitarios:

- Utilizar herramientas de estandarización de la comunicación, como por ejemplo SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) o ISAER (Identificación, Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación en español), o I-PASS (identificación de la severidad del paciente, paciente, motivo de internación, acciones, situación y síntesis).

- Que todas las comunicaciones entre el personal (profesionales y técnicos), que involucren instrucciones o resultados críticos referidos a pacientes tengan un proceso de feedback o confirmación de parte del receptor de la información.

Transición asistencial

- Utilización de instrumentos estandarizados para la transferencia de información de pacientes durante la transición asistencial, ya sea por cambios de turno o cambios de sector.
- Que los instrumentos contengan datos relativos a la identificación del paciente, situación actual, evolución, puntos claves a observar y plan de contingencia ante cambios específicos detectados.
- Además, el traspaso de responsabilidad y de información, tanto de enfermería como del personal médico, se efectuará antes del traslado del paciente, quedando la documentación como parte de la historia clínica para que quede registro escrito de la asignación de responsabilidad.

Transferencia de pacientes a áreas de estudios diagnósticos y/o tratamiento

- Se recomienda utilizar formularios estandarizados de traslado donde consten los datos clínicos que reflejen la situación del paciente antes del mismo. Este será firmado por el personal receptor para confirmar la situación del paciente a la llegada a su área y viceversa.

Comunicación de resultados o valores críticos desde las áreas de diagnóstico

- Aplicar en la comunicación verbal, el proceso de “feedback” o confirmación a fin de asegurar que la información recibida es correcta y comprendida; de ser posible el receptor escribe la misma al momento de recibirla. Por su parte el receptor, escribe toda la información recibida y luego relea la misma. Por último, el emisor original debe confirmar los datos releídos.
- Cuando no sea posible la escritura (por ejemplo durante una emergencia o procedimientos asépticos) se recomienda que el emisor diga el resultado crítico en voz clara y estableciendo contacto visual con el receptor. Éste último debe simplemente repetir lo comunicado y recibir la palabra “confirmado” por parte del emisor.
- Esta sistemática implica que el emisor que transmite el resultado al receptor, primero identifique al paciente de acuerdo con el procedimiento de identificación de pacientes que defina cada institución.
- Las áreas diagnósticas deben establecer un listado de valores o resultados críticos que ameriten la comunicación inmediata al médico tratante, métodos de comunicación estandarizados de dichos valores y su escritura en la historia clínica, y la asignación de un emisor y receptor específicos en cada caso.
- Que cada disciplina diagnóstica determine cuáles son los resultados críticos que deben informarse al médico solicitante y/o al paciente en forma inmediata para que puedan tomar conductas específicas.

- Los profesionales de enfermería deberán escribir en la historia clínica los cuidados realizados a partir de la comunicación efectuada por un médico.

Prácticas seguras en el cuidado de los pacientes

Se recomienda a los establecimientos sanitarios:

- Implementar en los establecimientos de salud un procedimiento o programa de detección precoz del deterioro agudo de la condición clínica de los pacientes internados con COVID-19 a través de acciones de un equipo de rápida respuesta.
- Utilizar herramientas estandarizadas para la detección de los pacientes que cambian de situación clínica. Los instrumentos deberían contemplar como mínimo la valoración y medición de seis parámetros fisiológicos (frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, temperatura, tensión arterial, saturación de oxígeno y nivel de conciencia) y la presencia o no de requerimiento de oxígeno suplementario. Estos datos permitirán la categorización de los pacientes, determinando quienes necesitan ser asistidos por un equipo de respuesta rápida.
- Prevenir las úlceras por presión y las caídas durante la estancia hospitalaria de los pacientes diagnosticados con COVID-19.

Prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones por covid-19

Se recomienda a los establecimientos sanitarios:

- Mantener y promover el desarrollo de acciones de prevención y control de las infecciones por COVID-19 entre los pacientes y el personal de salud. (<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001876cnt-teleasistencia-terapia-intensiva-recomendaciones-equipos-1nivel-practicas-seguras-31-03-2020.pdf>).
- Fomentar y mantener el desarrollo de programas de higiene de manos en todos los centros asistenciales (<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001876cnt-teleasistencia-terapia-intensiva-recomendaciones-equipos-1nivel-practicas-seguras-31-03-2020.pdf>).
- Que cada trabajador sanitario utilice el Equipo de protección Personal adecuado de acuerdo a profesión, función y actividad (https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/recomendaciones-uso-epp_0.pdf).
- Revisar, actualizar y difundir al personal los protocolos o procedimientos para la colocación el retiro y la desinfección del equipo utilizado en el manejo de los pacientes, para evitar la exposición al virus (https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/recomendaciones-uso-epp_0.pdf).
- Estandarizar los procedimientos para:
 - La realización del TRIAJE (http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001849cnt-covid-19_recomendaciones-implementacion-TRIAJE.pdf)
 - El transporte intrahospitalario de los pacientes sospechosos o confirmados con COVID 19. (<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001861cnt->

[covid-19_recomendaciones-traslado-personas.pdf](#))

- El abordaje y manejo seguro de los pacientes
(<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/organizacion-asistencial>
<https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/equipos-salud/materiales/casos> y
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001900cnt-Telerevista-de-Terapia-Intensiva.pdf>)
- La limpieza y desinfección del material sanitario (incluyendo los equipos), las superficies, los espacios y las ambulancias.
(<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/organizacion-asistencial>)
- El manejo, tratamiento y transporte de los residuos biológico-infecciosos.
(<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001889cnt-20200403-gestion-residuos-efectores-salud.pdf>).
- Recolectar sistemáticamente datos que permitan evaluar, reforzar y establecer estrategias para el control del COVID-19, en función de las recomendaciones efectuadas por las autoridades nacionales y jurisdiccionales
(<https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/equipos-salud/materiales/notificacion>).

Uso seguro de medicamentos

- Se recomienda a los establecimientos sanitarios: Respetar los estándares internacionales de la seguridad del paciente en la gestión y uso de medicamentos destinados al tratamiento del COVID-19.
- Utilizar y dar a conocer una lista de medicamentos de alto riesgo que pueden llegar a ser utilizados durante la emergencia, permitiendo la delimitación de procesos controlados y diferenciados para estos.
- Identificar los medicamentos, debe leerse el nombre genérico y comercial, lote, vencimiento y laboratorio.
- Utilizar identificadores de alerta en los rótulos de su envase o reenvase.
- Utilizar sistemas de prescripción electrónica. En caso de que no sea posible, se recomienda utilizar formularios para la prescripción de drogas pre-impresos. Si la prescripción es manual, ésta debe ser perfectamente legible, con letra clara y sin abreviaturas. Se debe especificar la dosificación y la forma farmacéutica.
- Evitar las prescripciones verbales. Establecer procedimientos de verificación para las situaciones de urgencia, u otras en las que no sea posible la prescripción escrita.
- Identificar correctamente a los pacientes antes de administrar la medicación.
- Realizar doble chequeo a la hora de administrar drogas de alto riesgo.
- Controlar los efectos de la medicación en el paciente.
- Utilizar sitios de almacenamiento claramente diferenciados, que su acceso sea restringido, de modo que la reducción de su circulación limite también los errores en su manejo por inadvertencia o desconocimiento.
- Centralizar el manejo de medicamentos en la farmacia y evitar que las preparaciones se realicen en los sitios asistenciales. Estos últimos son más susceptibles a presentar

climas de trabajo inseguros, con múltiples distracciones e interrupciones.

- Estandarizar las dosis/diluciones: es recomendable que las drogas tengan una dosis estandarizada que se utilice en todos los sitios de atención de los establecimientos.
- Realizar capacitación constante del equipo de salud para lograr un manejo más seguro de las drogas utilizadas para el tratamiento de los casos de COVID-19.

Conciliación de medicación

- Adoptar un modelo impreso estandarizado para realizar la conciliación de la medicación (que se utilice también durante las transiciones asistenciales), que incluya la medicación que se utilizará durante su estancia en dispositivos externos o durante la internación domiciliaria.
- Realizar capacitación constante a todos los profesionales sanitarios sobre el proceso de conciliación de medicación y uso seguro de medicamentos durante la pandemia.
- Colocar el listado de la medicación habitual del paciente de manera visible en la historia clínica, prestando especial atención a todos los datos necesarios, como dosis, vía de administración, frecuencia de administración, y procurar mecanismos para mantenerlo actualizado.
- En el caso específico del manejo de medicación en pacientes crónicos y/o con polifarmacia que sean casos sospechosos, probables y confirmados de COVID-19 se debería:
 - Revisar de forma sistemática la medicación para detectar o prevenir eventos adversos, garantizar la adecuación y mejorar la adherencia al tratamiento prescrito.
 - Incentivar la interrupción de la prescripción de medicamentos en base a una atención integral, continua y coordinada de los pacientes con COVID-19.
 - Evitar el almacenamiento de los medicamentos con riesgo elevado de confusión en lugares próximos.

REFERENCIAS

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS editors. To Err is Human: Building a Safer Health System - PubMed - NCBI. National Academies Press (US); 2000.
2. James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. J Patient Saf. 2013. doi:10.1097/PTS.0b013e3182948a69
3. Agency of Healthcare Research and Quality. Patient Safety Network. <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/safety-culture>.
4. Fleming M. Patient safety culture measurement and improvement: a “how to” guide. Healthc Q. 2005.
5. MJ OM, T B, AM M, SEFH G de TT de la. Análisis de la implantación de prácticas seguras en los sistemas automatizados de dispensación de medicamentos. Farm Hosp. 2013;37:469-81.
6. L.J. D, E. T. K, N D-K, M. P. K, A S. Medication without harm: WHO’s third global

- patient safety challenge. *The Lancet*,. 2017;389(10080):1680-1681.
7. Otero MJ, Martín R, Dominguez Gil A. Instituto para el uso seguro de medicamentos. In: *Errores de Medicación: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento*. Barcelona: EASO SL; 2001:95-102.
 8. Johnson A, Guirguis E, Grace Y. Preventing medication errors in transitions of care: A patient case approach. *J Am Pharm Assoc*. 2015. doi:10.1331/JAPhA.2015.15509 47 Seguridad del Paciente
 9. Gamundi Planas C, Sabin Urkía P. Documento de Consenso En Terminología y Clasificación En Conciliación de La Medicación. Madrid; 2009. http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/conciliacion/Libro_consenso_terminologia_conciliacion.
 10. Barnsteiner JH. Chapter 38. Medication Reconciliation. *Patient Saf Qual An Evidence-Based Handb Nurses*. 2008.
 11. Beatman S, Edmond W. *A Guide to Infection Control in the Hospital*. International Society of Infectious Diseases Fifth Edition. 2014. International Society of Infectious Diseases; 2014.
 12. Acosta-gnass SI. Acosta-Gnass SI. *Manual de Control de Infecciones y Epidemiología Hospitalaria*. (Salud OP de la, ed.). Washington, D. C; 2011.
 13. Ritesh M, Raffaele I, Wendon J. Rapid response systems: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care*. 2015;19(254).
 14. Smith GB, Prytherch DR, Meredith P, Schmidt PE, Featherstone PI. The ability of the National Early Warning Score (NEWS) to discriminate patients at risk of early cardiac arrest, unanticipated intensive care unit admission, and death. *Resuscitation*. 2013. doi:10.1016/j.resuscitation.2012.12.016
 15. Joint Commission International. *Estándares de Acreditación Para Hospitales de Joint Commission International*.; 2014. <http://www.jcrinc.com>.
 16. The Joint Commission. *Hospital National Patient Safety Goals*. In: *Hospital National Patient Safety Goals 2016*. ; 2016. doi:10.1136/bjophthalmol-2014-305816
 17. Junta de Andalucía. ISAER (Identificación, Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación En Español).
 18. http://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicasseguras/SBAR_Costa_Sol.pdf.
 19. Pennsylvania Patient Safety Authority. Improving the Safety of Telephone or Verbal Disponible en internet: Orders. *Patient Saf Advis*. 2006;3(2).

8- RECOMENDACIONES ADECUACIÓN EDILICIA EN ATENCIÓN ODONTOLÓGICA MÚLTIPLE

Introducción

Las presentes **Recomendaciones para espacios de atención odontológica múltiple como clínicas con fines educativos y/o asistenciales**, aplican tanto a Facultades de Odontología de Universidades Nacionales Públicas y Privadas, así como a Asociaciones Odontológicas y Hospitales Odontológicos.

En estos establecimientos, se suelen observar instalados en un mismo espacio físico (ej. pabellones o grandes salones de atención), varios sillones odontológicos para atención simultánea de pacientes, con sectores de apoyo compartidos, constituyendo ello una modalidad, que supone en el marco de la actual pandemia COVID 19, un alto riesgo de contagio y diseminación.

Para minimizar dicho riesgo, se detallarán una serie de recomendaciones a tener en cuenta, tanto en relación a la organización espacial de los sillones, como de sus áreas de apoyo. También temas relacionados a los circuitos de pacientes y a la capacitación permanente en COVID-19 de profesionales y equipo de trabajo lo encontrarán en:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19>

Teniendo en cuenta las “Directrices de Organización y Funcionamiento para Consultorios Individuales, Policonsultorios y Servicios de Atención Ambulatoria”, aprobadas por Resolución Ministerial N° 1086/2019

<https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/directrices>, se describirán a continuación algunas **Consideraciones Generales y Específicas** a contemplar en el marco del COVID 19:

Consideraciones Generales

- Se recomienda diferenciar los espacios de atención por tipo de procedimientos en: **aerosolizados** (PGA) y **no aerosolizados** (PGNA). Pudiendo materializarse según las características edilicias de cada establecimiento por ejemplo, en distintos pisos o niveles, en diferentes pabellones o áreas delimitadas de un mismo piso o nivel.
- En caso que la institución cuente con grandes espacios para atención múltiple y también consultorios individuales, utilizar estos últimos para la atención de procedimientos aerosolizados.
- Siempre que la situación lo permita, se recomienda diferenciar horarios y sectores de atención, priorizando las primeras citas de la mañana para los pacientes de edad avanzada, así como para los que presenten patologías médicas previas (cardiovascular, respiratoria, diabetes, inmunocomprometidos, entre otras).
- Si en la clínica se atienden niños y adultos, es conveniente diferenciar horarios para unos y para otros.
- Las prácticas odontológicas aerosolizadas (PGA) se deben realizar en locales de atención individual, que permitan trabajar a “puerta cerrada” para aislar el ambiente

cuando se producen los aerosoles del procedimiento, cumpliendo luego con los tiempos de espera, limpieza y ventilación del local, indicados para la atención del próximo paciente.

- Planificar y limitar al máximo la aparatología y el material o instrumental necesario para cada consulta para facilitar la posterior limpieza y desinfección de superficies. Tener a la vista sólo lo que se vaya a utilizar. El resto del material o instrumental deberán estar guardados en cajoneras cerradas para evitar posible contaminación viral cruzada.
- El o los equipos de esterilización (Autoclave de vapor de agua y Estufa de calor seco) se ubicará en un local cerrado de uso compartido, con protocolos correspondientes.
- En relación a la climatización, se **desaconseja** el uso de equipos de aire acondicionado con recirculación de aire (centrales y/o individuales), para evitar la diseminación del virus a otros espacios donde pudieran haber personas.

Consideraciones Específicas

Consultorio múltiple de Salud Bucal para atención simultánea:

- Estos espacios de atención simultánea no podrán utilizarse, salvo que se realicen las adecuaciones físicas necesarias para separar en cubículos de atención.
- Se podrán incorporar paneles divisores a una distancia de 2,80m (mínima) y con un alto de 2.60m (mínimo), pudiendo requerir ello, la anulación del uso de un sillón intermedio entre dos de uso.
- En aquellos espacios físicos donde existan paneles divisores a baja altura, los mismos se podrán suplementar con placas transparentes hasta los 2.60m (mínimo).
- Los procedimientos **NO aerosolizados**, serán los **únicos** que podrán realizarse en estos espacios adaptados. Para los aerosolizados se requerirá un cerramiento completo del cubículo (paredes laterales con puerta de acceso y techo o cielorraso).
- Las mesadas de apoyo, que generalmente en este tipo de espacios, son de uso compartido, deberán delimitarse físicamente con mampara por ejemplo, para diferenciar un sector de mesada (con pileta) por cada cubículo de atención, no pudiendo compartirse entre cubículos.
- Ventilar el local en reiteradas oportunidades entre la atención de pacientes.

Ver en Directrices de Organización y Funcionamiento para Consultorios Individuales, Policonsultorios y Servicios de Atención Ambulatoria, y su correspondiente grilla de Habilitación Categorizante, las dimensiones y características constructivas de todos los locales, observando en particular los siguientes:

Consultorio individual de Salud Bucal (ítem 1.3.2.4)

Secretaría (ítem 1.3.2.7) y **Espera y espera con mobiliario para niños** (recomendado en atención Pediátrica) (ítem 1.3.2.8)

Sanitarios (1.3.2.14)

- Retirar toallas de cuarto de baño y sustituir por papel (en caso de contar con secador de manos, anularlo o retirarlo).
- Colocar cartel en el baño con instrucciones sobre el adecuado lavado de manos y

sobre la prohibición de cepillarse los dientes en este espacio.

- Airear los espacios comunes (unos 10 minutos por cada hora).
- Colocar jabón líquido con dispensador en cuarto de baño.

Se incluyen a continuación unas imágenes, que representan un recordatorio de todos los elementos y/o procedimientos a realizar en el proceso de:

- recepción y espera del paciente;
- antes, durante y una vez concluido cada tratamiento;
- procedimientos posteriores a cada tratamiento;
- limpieza posterior al tratamiento;
- limpieza y desinfección de las zonas comunes (recepción, espera y baños); y
- limpieza y esterilización de las zonas clínica de atención propiamente dicha.

RECEPCIÓN Y SALA DE ESPERA



PERSONAL

 Auricular inalámbrico	 Mampara	 Línea seguridad (1.5 m)	 Mascarilla quirúrgica	 No dar mano
 Retirar revistas, folletos	 Retirar mando del televisor	 Retirar sillas innecesarias	 Despejar mesa de adornos	 Evitar coincidencia de pacientes

PACIENTE

 Mascarilla quirúrgica	 Temperatura al paciente	 Lavado manos	 Esperar sentado	 Mantener distancia seguridad
--	--	---	---	---

PASO A CLÍNICA



Preparación del gabinete

 Planificar instrumental	 Colocar EPIs	 Proteger equipo	 Cerrar cajoneras	 Proteger instrumental	 Comprobar escupidera y aspiración
--	---	--	---	---	--

Paso del paciente al área clínica

 Cubrezapatos a paciente	 Cerrar puerta	 Gel alcohólico	 Sentar en sillón	 Colocar babero	 Protección ocular paciente	 Colutorio previo
--	--	---	---	--	---	---

Durante el tratamiento

 Aislamiento absoluto	 Inicio de tratamientos	 Evitar jeringa con spray	 Aspiración alto flujo	 Bandeja desechable	 Despedir paciente
---	---	---	--	---	--

Consejos postoperatorios

 Explicar próxima cita	 Venir sólo	 Sin adornos, pelo recogido	 A la hora	 Llamar si aparecen signos	 Pago tarjeta
--	---	---	--	--	---

Fuente: Plan Estratégico de Acción frente al COVID-19 – Organización Colegial de dentistas de España - VERSIÓN 1 DE MAYO 2020

DESPÚES DEL TRATAMIENTO



 Retirar guantes externos	 Ventilar	 Retirar material contaminado	 Llevar al área de sucio	 Tirar desechable a contenedor
 Desinfectar protección ocular	 Esterilizar instrumental	 Limpieza y desinfección de clínica	 Retirar EPI	 Lavado y desinfección de manos

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN (Final de jornada)

Zonas comunes, recepción y baños



Zonas comunes

 Limpieza con mopa	 Lejía cuando sea posible	 Desinfectar pomos, muebles, pasamanos..	 Desinfectar interruptores	 No usar aspirador ni escoba
--	---	--	---	--

Zona de recepción

 Desinfectar mesa trabajo	 Desinfectar pantalla	 Desinfectar pantalla y teclado	 Desinfectar impresora	 Desinfectar teléfono	 Desinfectar datáfono
--	--	--	--	--	--

Zona baños

 Desinfectar lavabo	 Desinfectar sanitario	 Desinfectar interruptores	 Fregado suelo mopa y lejía	 Reponer gel manos y papel secante
---	--	--	--	--

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN (Final de jornada)

Área desinfección y esterilización Zona clínica



Área desinfección y esterilización

 Desinfección superficies	 Desinfectar autoclave	 Desinfectar termoselladora	 Desinfectar contenedor	 Fregado suelo mopa y lejía
---	--	---	--	---

Área clínica

 Ventilar clínica	 Limpieza y desinfección muebles	 Limpieza y desinfección sillón	 Desinfección lámpara	 Desinfección escupidera y aspiración
 Desinfectar pantalla y teclado	 Desinfectar teléfono	 Desinfectar pomos	 Desinfectar interruptores	 Fregado suelo mopa y lejía

REFERENCIAS

6. Plan Estratégico de Acción para el período de desescalada COVID-19 – Organización Colegial de dentistas de España - VERSIÓN 1 DE MAYO 2020.
7. Ruta de atención para procedimientos de Odontología Pediátrica durante la etapa de confinamiento o cuarentena de la pandemia COVID-19 – Asociación Latinoamericana de Odontopediatría.
8. Cuidados para odontólogos y pacientes – Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA).
9. Guía general de bioseguridad para el control de infección en la práctica Odontológica – UBA Odontología.
10. 1-COVID-19-y-Odontología.-Informe-23-de-marzo-2020 – Asociación Odontológica Argentina.

argentina.gob.ar/salud



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: ANEXO 1

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 68 pagina/s.