

GRIPE A (H1N1). SUGERENCIAS DE REORGANIZACIÓN HOSPITALARIA PARA AUMENTAR LA CAPACIDAD DE ATENCIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS.

AGOSTO 2009



**GOBIERNO
DE ESPAÑA**

**MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL**

**GRYPE A (H1N1). SUGERENCIAS DE REORGANIZACIÓN
HOSPITALARIA PARA AUMENTAR LA CAPACIDAD DE
ATENCIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

El Subcomité de Respuesta a la emergencia en los servicios sanitarios elaboró un documento de “Criterios básicos y comunes para los Planes de Respuesta de los Servicios de Salud ante la pandemia de gripe A”, que fue elevado al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en su reunión de 22 de julio de 2009. En este documento, se planteaba, entre otras cuestiones, la necesidad de analizar los recursos disponibles ante la potencial demanda de asistencia provocada por la pandemia. También se abordaba la necesidad de decidir las actividades asistenciales que pudieran ser diferidas, suspendidas o retrasadas, habilitando, en su caso, recursos extraordinarios, especialmente en cuidados críticos y semicríticos.

En este sentido, el Subcomité ha considerado prioritaria la elaboración de unas recomendaciones-sugerencias de reorganización hospitalaria para aumentar la capacidad de atención de cuidados intensivos. La reorganización debería ser abordada en los aspectos de la adaptación de las estructuras físicas disponibles para el control de los pacientes y la suficiencia, tanto del parque de equipos de ventilación mecánica, como del personal sanitario entrenado para responsabilizarse de esta misión. Estas recomendaciones, que fueron aprobadas por la Comisión de Salud Pública del CISNS a finales de agosto, se recogen a continuación.

Recomendaciones acordadas por el Subcomité de respuesta a la emergencia en los servicios sanitarios, en su reunión de 6 de agosto de 2009, como documento abierto para el apoyo a la planificación, que contará con nuevas versiones con los desarrollos posteriores (diálisis, UCI pediátricas...).

El escenario previsible de la pandemia de gripe puede dar lugar a:

- Necesidad de aumentar la capacidad de mantener y tratar a pacientes con neumonías y/o síndrome de distress respiratorio del adulto y, por tanto,
- Necesidad de ventilación mecánica y/o cuidados respiratorios especializados de un alto número de pacientes.

En el supuesto planteado podría ser necesario dedicar todos los medios técnicos del hospital, **suspendiendo la actividad quirúrgica programada**, lo que permitiría aumentar notoriamente la capacidad de atención a pacientes que precisen cuidados intensivos y/o ventilación mecánica, mediante la utilización de equipos de ventilación mecánica de Anestesiología y Reanimación y, si fuese necesario, la dedicación a este

fin, junto a los intensivistas, de toda o parte de la plantilla de anestesiólogos de Salas de Reanimación postanestésica y/o Salas de Despertar.

La reorganización se plantea en los aspectos de:

1. Un **área hospitalaria** dotada técnicamente para permitir ventilación mecánica con seguridad: monitorización básica, fuentes de oxígeno y aire comprimido (central o mediante bombonas), aspiración (central o mediante equipos portátiles), equipos de RCP básica y avanzada, etc.

En la situación y estructura actual de los hospitales, estas áreas son: **Cuidados Intensivos, Área de Críticos de Urgencias, Salas de Despertar y/o Reanimación de Anestesia y Quirófanos, y Áreas de Intermedios** (en aquellos hospitales donde existen). En muchas habitaciones “normales” de hospitales existen tomas de oxígeno y vacío (para aspiración), pero es más raro encontrar tomas de aire comprimido; estas habitaciones, no obstante, podrían ser dotadas en caso necesario de bombonas de aire comprimido para solventar este problema.

Es difícil definir cual es la zona ideal del hospital para realizar ventilación mecánica de forma sencilla y segura, porque depende mucho de la estructura de cada centro, debiendo realizarse en cada uno de ellos el análisis para decidir la zona idónea, pero en cualquier caso habría que tener en cuenta que es mejor concentrar que dispersar, ya que ello facilita **el control de un mayor número de pacientes críticos ventilados por un menor número de personal sanitario**, siendo aconsejable separar los pacientes ventilados o críticos por otro motivo (enfermos habituales de UCI) de los enfermos ventilados por complicaciones de la gripe, los cuales podrían estar concentrados en áreas concretas fuera de los circuitos y personas que atienden a los otros enfermos.

Por orden de facilidades, las zonas más idóneas podrían ser:

- Las Unidades de Cuidados Intensivos.
- Las Unidades de Cuidados Intermedios, en aquellos hospitales donde existan.
- Las Unidades de Despertar y/o Reanimación de Anestesia, que disponen de todas las condiciones técnicas para realizar ventilaciones complejas, así como la monitorización oportuna y el personal entrenado, coordinado con el de Intensivos. Obviamente, siempre y cuando queden cubiertas las necesidades de ingreso de los enfermos quirúrgicos urgentes o emergentes que, inexcusablemente, deben ser intervenidos y cuidados de forma correcta en su postoperatorio.
- Las Salas de Críticos de las Áreas de Urgencias externas, así mismo dotadas de estructura correcta, y con experiencia en ventilación mecánica, en su mayoría, que podrían ser apoyadas por personal de UCI y/o Anestesia en caso necesario. La principal dificultad para

utilizar estas áreas es que las zonas de Urgencias externas de los hospitales estarían sobrecargadas en la situación planteada y tendrían que disponer de camas de observación para enfermos con dudas diagnósticas y/o gravedad especial, etc, por lo que dedicar estas áreas a ampliar las UCI con enfermos ventilados (y presumiblemente de larga estancia) es problemático, salvo que a las Urgencias externas se les dote de áreas de observación en otra zona del hospital.

- Podría habilitarse un espacio próximo a UCI, con dotación de equipos procedentes de quirófano, ventiladores de transporte, bombonas de aire comprimido, etc, de manera que permitiera mantener el aislamiento y, a la vez, la actividad normal de UCI para el resto de pacientes críticos.

En aquellos territorios donde existan dos o más hospitales, podría considerarse la posibilidad de concentrar todos los enfermos de gripe en un mismo hospital, para reducir las posibilidades de contagio y facilitar el manejo y garantizar la calidad de los cuidados al concentrar el mismo tipo de enfermos en unas mismas “manos”. Ello podría ir acompañado, en su caso, de una redistribución de equipos y personal experto entre los hospitales de la Comunidad Autónoma correspondiente.

2. Un **parque de ventiladores** suficiente y con equipos técnicamente capaces de realizar ventilación estándar (el mayor número de equipos) y ventilaciones complejas (en menor número).
 - 1) Ante los posibles problemas debidos a la alta frecuentación de enfermos, sería conveniente realizar un censo urgente de estos equipos, analizando sus capacidades, pues no todos los pacientes pueden ser ventilados con el mismo equipo. Para ello, el recuento sería de todos los equipos disponibles, salvo las dotaciones de Urgencias, ya que se ha de prever que éstas puedan ser utilizadas para los casos de ventilaciones de emergencia o mientras se localiza una cama con ventilación mecánica en UCI, para traslados, etc.
 - 2) Sería aconsejable realizar una previsión de las posibles necesidades de estos equipos con tiempo suficiente, sobre todo de equipos portátiles de ventilación mecánica (invasiva y no invasiva), aplicando todas las fórmulas que permitan disponer a los distintos hospitales de ventiladores extras que puedan cubrir las necesidades previstas.

3. Personal sanitario entrenado en ventilación mecánica.

- a. Sería conveniente tener censados todos los recursos humanos cualificados en este aspecto, sobre todo de enfermería, puesto que en buena parte este personal está entrenado en UCI y/o Reanimaciones postanestésicas y puede estar trabajando actualmente en otros servicios.

- b. En relación con el personal médico, los facultativos especialistas de intensivos y los de anestesia tendrían que trabajar coordinados, sobre todo en lo referente a ventilación mecánica compleja o de alto riesgo.
- c. Sería recomendable valorar la posibilidad de hacer flexible la movilización de personal experto en ventilación mecánica, tanto dentro de los propios centros como entre distintos hospitales.