



Nueva gripe A Cómo enfrentó la crisis el Hospital Italiano de Buenos Aires

Patricia Matejic, María Maluenda, Rodrigo Vázquez, Néstor Gil y Juan Carlos Tejerizo
Coordinación de Internación. Hospital Italiano de Buenos Aires.

I. ANTECEDENTES DE LA GRIPE A

Los datos históricos sobre la gripe son difíciles de interpretar porque los síntomas pueden ser similares a los de otras enfermedades y los registros son escasos. Es probable que desde el siglo XVI haya habido algunas decenas de pandemias. El primer registro detallado de una pandemia gripal data de 1850: comenzó en Asia y se extendió al resto del mundo.¹

Todas las pandemias tuvieron más o menos el mismo comportamiento: se esparcieron geográficamente por la mayor parte del mundo, duraron aproximadamente dos años, afectaron predominantemente a la población joven, se enfermó un gran número de personas y no presentaron la estacionalidad de la gripe A común epidémica de todos los inviernos.

Los datos de mortalidad de las pandemias anteriores son elevados. La pandemia más letal y conocida fue la de 1918 a 1919, mal denominada gripe española ya que no se inició en España (virus A, subtipo H1N1). Sin embargo, las condiciones de precariedad sanitaria de la época no permiten comparar los dos momentos. Las posteriores han sido mucho menos letales.² Y por lo que sabemos de la actual, la mortalidad podría oscilar entre el 0,5% y el 1%, muy similar a la de la gripe A epidémica.³

Después de la epidemia de influenza de 1947, la Organización Mundial de la Salud (OMS) inició un programa mundial para la vigilancia de la gripe. El principal objetivo fue detectar sus posibles variantes, debido a que para la comunidad científica el virus tenía una particular capacidad para sufrir modificaciones genéticas. Se instaló una red de laboratorios en el mundo que respondían al centro Mundial de Referencia, en Londres.^{4,5}

La amenaza más reciente de una nueva pandemia fue la epidemia de SARS (síndrome respiratorio agudo severo) en 2003 que se autolimitó, ya que esta variante no fue eficaz en la transmisión hombre-hombre.⁶



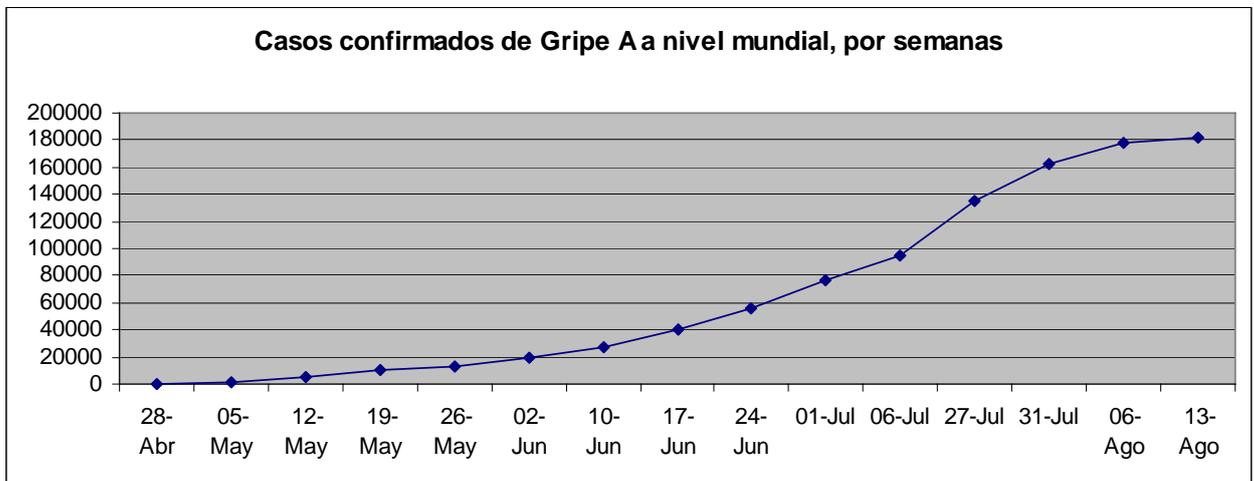
Posteriormente, hubo casos esporádicos de gripe porcina en seres humanos, detectados por el Center for Disease Control (CDC) entre diciembre de 2005 y marzo de 2009, cuando comenzó la epidemia actual.⁷

La pandemia fue declarada por la OMS el 11 de junio del presente año, 41 años después de la anterior.⁸

II. PANDEMIA ACTUAL. LOS INICIOS

Las autoridades mexicanas observaron desde la segunda semana de abril de 2009 un número inesperado de pacientes con sintomatología de gripe, que atribuyeron a lo que llamaron una "gripe de temporada tardía". El 21 de abril el CDC alertó sobre dos casos de gripe porcina en residentes de Estados UnidosEEUU. Se analizaron muestras de pacientes mexicanos enfermos y rápidamente se relacionaron todos los casos con la nueva gripe A.⁹ En pocas semanas el virus se distribuyó rápidamente por la región y el mundo, y llegó a afectar a 182 166 pacientes confirmados en 177 países en pocas semanas.^{10,12,13}

Tabla 1. Casos acumulados según datos de la OMS hasta el 13 de agosto de 2009.



III. DISEÑO, OBJETIVO, MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO

Estudio prospectivo, descriptivo y observacional.

OBJETIVO

Describir la gestión del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) frente a la pandemia de la gripe A (H1N1).



MATERIALES Y MÉTODOS.

Durante los meses de abril, mayo, junio, julio y agosto de este año, la Coordinación de Internación monitorizó el impacto de la nueva influenza A en las actividades relacionadas con la administración de recursos, productividad, seguimiento de la información interna y externa, nacional e internacional, entre otras consideradas de interés.

Durante el mes de agosto, una vez superada la crisis, esta información junto con la tomada de las fuentes abajo mencionadas fue analizada por el sector.

- a) Notas de las reuniones del Comité de Crisis: decisiones y acciones.
- b) Revisión de los correos electrónicos enviados/recibidos por la Coordinación de Internación.
- c) Datos del SAF (Sistema de Administración de Farmacia).
- d) Información de fuentes primarias facilitadas por el Departamento de Cirugía, Central de Emergencias, Servicio Integral al Paciente, Farmacia Plan de Salud y Gerencia de Recursos Humanos.
- e) Informes de laboratorio.
- f) Informes diarios de Infectología Adultos y Comité de Control de Infecciones.
- g) Publicaciones en la página web del Hospital Italiano: recomendaciones, guías, actualizaciones, etcétera.
- h) Documentos creados para la gestión interna: consentimiento informado para embarazadas y niños, etcétera.
- i) Información derivada de los medios y sociedades científicas: Ministerio de Salud de la Nación, OPS, OMS, SADI/SAP, CDC, etcétera.
- j) Datos propios de la Coordinación de Internación.

IV. RESULTADOS

RESPUESTA DEL HOSPITAL ANTE LA CRISIS

La confirmación de un brote en México, Distrito Federal, y de algunos casos en los Estados Unidos fueron el detonante para que a finales del mes de abril se decidiera implementar en el Hospital Italiano un Comité de Crisis, convocado por la Dirección Médica, para preparar al Hospital con vistas a enfrentar una eventual epidemia de gripe A. En él estaban representados: la Dirección Médica, el Comité de Control de Infecciones, Infectología Adultos, Infectología Pediátrica, centrales de Emergencias de Adultos y Pediatría, Enfermería, Medicina Familiar, Plan de Salud, Cuidados Intensivos de Adultos y Pediátricos y Coordinación de Internación. Más tarde se unieron Informática Médica y Epidemiología del Plan de Salud.



En aquel momento, la incertidumbre era total: la epidemia podía autolimitarse, extenderse a la región o el mundo, y no sabíamos a cuántos afectaría ni cuál sería la mortalidad. Los acontecimientos evolucionaban rápidamente y la información era escasa.

El Hospital decidió prepararse para una eventual epidemia teniendo en cuenta una tasa de ataque del 20%. Considerando solamente los afiliados de Plan de Salud (n: 140 000), se tomaron medidas para un supuesto de 28 000 afectados, de los cuales al menos un 40% sería oligosintomático. De este cálculo se deducía una población afectada clínicamente de 84 000 personas. De acuerdo con las publicaciones preliminares, estimamos un 5% de pacientes hospitalizados (4200 pacientes) y un 10% de los internados con necesidad de cuidados críticos (420 pacientes). Si bien hay algunos índices que tratan de establecer la magnitud de la preparación ante una crisis, en la práctica las decisiones se deben tomar antes de contar con la información necesaria; solo sirven para una evaluación retrospectiva.¹⁶

Afortunadamente la realidad mostró un menor número de pacientes hospitalizados, con necesidades menores de cuidados intensivos y de ventilación mecánica.

La coparticipación de las áreas del Comité de Crisis hizo posible la toma de decisiones sobre un marco real, con información actualizada en constante evolución a nivel local, nacional e internacional. La identificación de un espacio de comunicación eficaz intrahospitalaria fue la clave para la gestión de la crisis de la gripe A, consiguiendo que se involucrara todo el personal sanitario. Ello tuvo un impacto en aspectos muy diferentes y complementarios que a continuación detallaremos.

El Hospital se vio exigido, pero no redujo su capacidad de respuesta, en gran parte debido a que la autorretracción de la demanda de servicios de salud, por causas no urgentes, permitió equilibrar la relación oferta/demanda. La actividad de los consultorios externos mostró un incremento del 23% de cancelaciones realizadas por pacientes en el mes de mayo con respecto al año anterior, casi el triple de cancelaciones en el mes de junio y un 50% en julio. Paralelamente, las consultas en la Demanda espontánea de la calle Potosí mostraron un progresivo aumento hasta un pico máximo en junio y disminuyeron en julio. El número total de cirugías tuvo un leve descenso durante los meses de junio y julio; esta disminución no se debió a suspensiones por parte del hospital. El 0800 (Centro de derivaciones de internación) no debió cerrarse ya que las solicitudes de derivaciones disminuyeron en más de un 60%. El comportamiento de la Central de Emergencias de Adultos mostró un muy significativo incremento de las consultas hasta el día 6 de julio y luego, coincidiendo con el receso escolar anticipado, la recomendación de licencias



a personas en riesgo y el temor instalado en la sociedad cuando se difundieron cifras acumuladas de fallecidos, una importante disminución con respecto a igual período del año 2008. Paralelamente a la disminución de las consultas se observó un incremento del porcentaje de pacientes que se internaron luego de llegados a la guardia (20% vs. 15% en el año 2008), lo que sugiere que consultaban pacientes más graves. El número de traslados (Central de camilleros) disminuyó un 10% en abril y mayo, se mantuvo en junio y volvió a disminuir un 6% en julio, con respecto a igual período del año anterior. En todos estos ámbitos el comportamiento refleja muy claramente los eventos que acontecían en la sociedad.

1. ESTRATEGIA IMPLEMENTADA

1.1. ANTICIPACIÓN, *TRIAGE*, RECONOCIMIENTO TEMPRANO Y NOTIFICACIÓN DE CASOS.

La primera estrategia fue la anticipación. Se tomaron decisiones mucho antes de que la epidemia llegara a la Argentina, con la certeza de que esperar no permitiría estar preparados. Las políticas de acopio de insumos, redefinición de puntos de reordenamiento para ciertos ítems considerados claves, integración de equipos, reasignación de espacios y la intensificación de prácticas de prevención necesitaban tiempo. El trabajo realizado durante este tiempo (ocho semanas) fue decisivo para el éxito.

Teniendo siempre en cuenta la definición de caso sospechoso, que fue variando con el transcurrir de las semanas (Boletines oficiales del Ministerio de Salud, Ciudad Autónoma de Buenos Aires [CABA]), se decidió implementar un *triage* rápido y centralizado para detectar precozmente a estos pacientes.

La recomendación inicial de “no asistir a la guardia”, salvo que existiera comorbilidad o síntomas de gravedad, fue rápidamente modificada. Se estimuló para que los pacientes concurrieran precozmente, dado que en los primeros casos ocurridos en la ciudad e internados en el CEMIC se observó un grupo de pacientes que tenían una evolución muy rápida (medida en horas) hacia la insuficiencia respiratoria grave. Datos de la situación en otros hospitales del mundo reflejaban lo mismo.^{14,17}

Los casos fueron comunicados según indicaciones del Ministerio de Salud a la autoridad pertinente, al mismo tiempo que se notificaba a los implicados en el cuidado, custodios del recurso y administradores de camas para trabajar de modo eficiente.



1.2. RELACIÓN CON LAS AUTORIDADES

Se mantuvo comunicación con el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad a través de:

- Boletines oficiales
- Reuniones convocadas por la autoridad
- Vía telefónica de modo diario.

1.3. COHORTES.

Para evitar la circulación de casos sospechosos por el hospital y teniendo en cuenta datos preliminares acerca de la alta contagiosidad de esta gripe, se acordó el manejo de pacientes en todos los ámbitos del hospital en forma de cohortes:

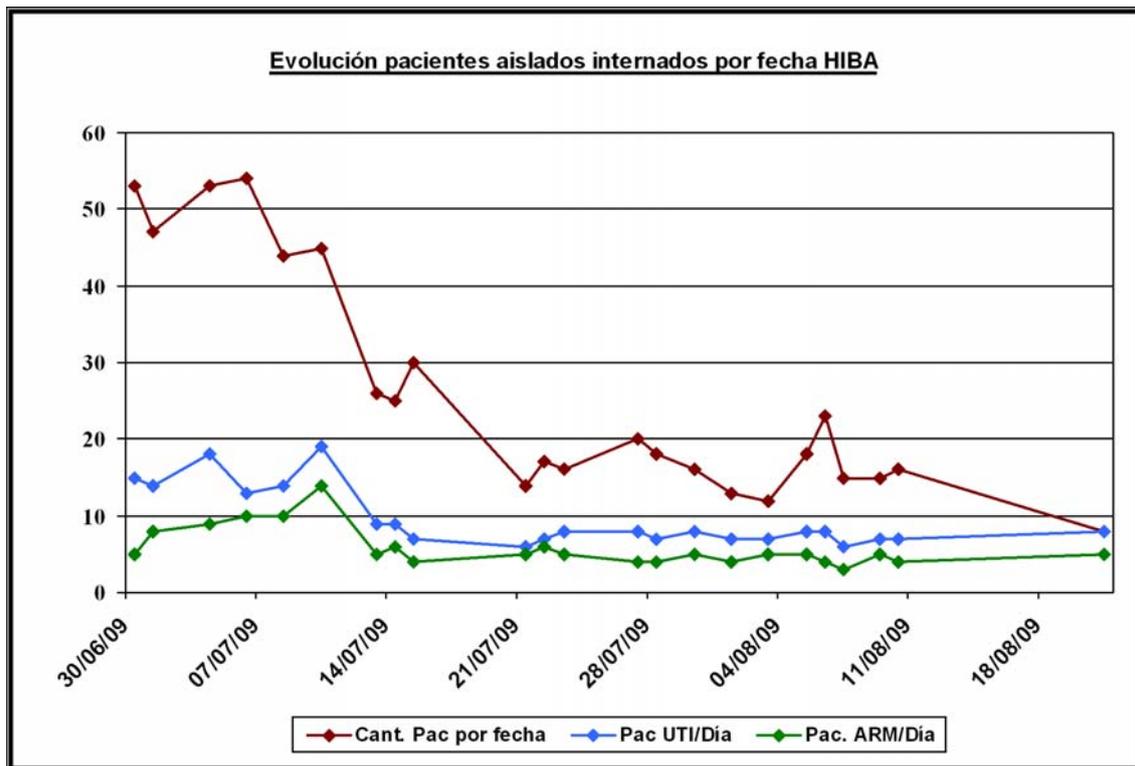
- Para los pacientes que consultaban por síntomas y reunían los criterios de caso sospechoso se destinó un consultorio en la guardia de adultos para la atención de TODOS estos casos según definición, minimizando la circulación por el hospital y reduciendo los tiempos de espera. A tal fin se implementó cartelería indicando el circuito que debían seguir los pacientes. A medida que la demanda se fue incrementando se aumentó el número de consultorios hasta tres.
- En el caso de la guardia pediátrica, dado que a partir de la segunda semana de junio el 95% de las consultas fue por cuadros febriles respiratorios (coincidiendo con la epidemia del virus sincicial respiratorio), no fue posible implementar la cohorte para la atención de guardia.
- Para quienes requerían internación se destinó inicialmente el sector 14 donde se ubicarían los pacientes sospechosos. La elección de este sector se realizó porque el aire acondicionado no era compartido con otro sector y porque tenía un número de camas limitado que permitía un manejo inicial cómodo. Para brindar más seguridad al personal se forzó la extracción de aire de los sectores comunes: un método sencillo, económico y fácil de implementar para obtener mayor renovación de aire. A fin de lograr privacidad se cerró la puerta que comunica con el sector 19, y el día 7 de mayo se colocó una puerta al ingreso del sector, reservando a partir de la habitación 1402 como área de aislamiento. Mientras no hubo casos, el sector funcionó como internación general. A partir del ingreso del primer paciente confirmado se destinó exclusivamente a estos casos y quedó como área restringida, con señalética acorde.

Con el correr de los días, el número de pacientes en aislamiento se incrementó y fue necesario tomar más habitaciones. Siguiendo el mismo criterio, el día 29 de junio se colocó una puerta en el sector 19, que permitió agregar 16 camas más.



El 30 de junio, coincidiendo con el pico de internación de pacientes aislados sin confirmación por falta de reactivos en el país, se incorporaron las 22 camas del sector 4 como área de aislamiento.

Tabla 2. Evolución de los pacientes aislados internados, por fecha (HIBA)



Fuente: Informe de Sección Infectología Adultos. Servicio de Clínica Médica.

1.4. POLÍTICAS DE AISLAMIENTO

Adicionalmente a las medidas anteriores, a los pacientes sospechosos se les colocaba un barbijo apenas llegaban a la consulta. Mientras el paciente se encontraba en la categoría de sospechoso, no compartía la habitación. El resultado negativo de laboratorio permitía levantar el aislamiento o ubicar a dos pacientes del mismo sexo en la misma habitación.

Las medidas tomadas afectaron las visitas, la permanencia en áreas comunes y cualquier situación que implicara una concentración masiva de gente en espacios con poca ventilación.

Concretamente, a los pacientes sospechosos/confirmados no se les permitía salir de la habitación salvo en casos de extrema necesidad, para lo cual se les brindaba un barbijo. Se autorizaba la permanencia de un solo acompañante, al que no se le



permitía circular por áreas comunes. No estaban permitidas las visitas a estos pacientes.

El personal de salud contaba con los siguientes elementos para ingresar en la habitación: barbijo, camisolín descartable, guantes y, en caso de necesidad, antiparras. En todas las habitaciones, estaciones intermedias, y toda oficina en áreas cercanas a la circulación de pacientes, había disponible alcohol en gel.

Se redistribuyó a las embarazadas a posiciones que no implicaran contacto con pacientes. Posteriormente, en el mes de junio y acorde con la normativa ministerial se licenció a personal con factores de riesgo conocidos, incluidas embarazadas, y se suspendió toda actividad que significara hacinamiento, ateneos, cursos, clases, etcétera.

Tabla 3. Días caídos por licencias preventivas y cierre de guardería

	JULIO 2009			Total
	Cierre Guardería	Lic. preventiva embarazo	Lic. preventiva paciente de riesgo	
Camilleros			24	24
Enfermeros	26	16	191	233
Mucamas			24	24

Fuente: Base de datos Recursos Humanos, HIBA.

Donde fue posible, se instaló una barrera física (vidrio, mampara) en puestos de atención al público.

1.5. AUMENTO DE LA CAPACIDAD INSTALADA

Inicialmente el Hospital reubicó pacientes en aislamiento, pero no se requirió aumentar la capacidad instalada debido a que disminuyeron las consultas por otras causas.

La semana epidemiológica 21 tuvo un pico máximo de pacientes en Unidad de Terapia Intensiva de Adultos, por lo que el día 25 de junio se decidió agregar dos camas más después de reubicar un depósito y aprovechando que el cuarto contaba con servicios centrales. En 24 horas se pintó el cuarto, se mejoró la iluminación, se probaron las presiones y la permeabilidad de los poliductos, y se instalaron dos camas con monitor y respirador.

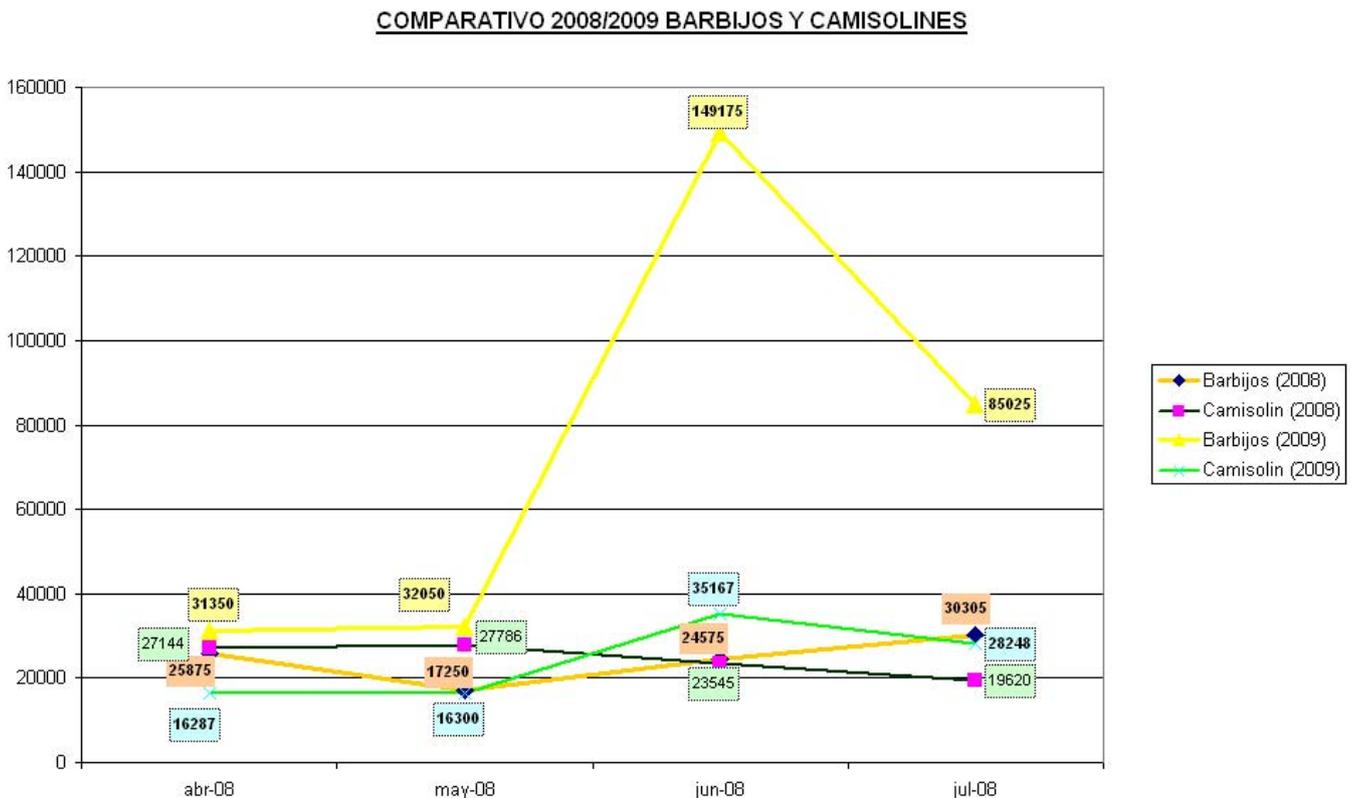


Como excepción, durante 48 horas se ventiló a un paciente en terapia intermedia. Si bien se había tomado en cuenta que esto pudiera ocurrir, finalmente no fue necesario repetirlo.

1.6 USO RACIONAL DE RECURSOS

Se implementó una política de uso racional de barbijos ya que, ante el temor, los pedidos internos comenzaron rápidamente a exceder el consumo histórico en el HIBA. Hasta que se produjo el primer caso en el país, se establecieron cuotas consideradas razonables para atender una potencial demanda, pero basada en cálculos reales. Como se ve en la tabla 4, coincidiendo con el incremento de casos, el consumo de barbijos alcanzó cifras sin precedentes y que excedieron en mucho la necesidad real.

Tabla 4. Comparación del consumo de camisolines descartables y barbijos abril, mayo, junio y julio. Años 2008-2009.





La demanda excesiva de barbijos fue, en nuestra opinión, una de las muestras más acabadas del temor instalado en la población. Durante los meses de junio y julio, los medios de comunicación masivos, especialmente la televisión, brindaban mucho espacio a la epidemia, con énfasis en lo que consideraban un número excesivo de fallecidos. Las farmacias no tenían alcohol en gel ni barbijos para la venta. Cuando aparecían, por pocas horas, los precios eran varias veces mayores que los iniciales.

Los distribuidores mayoristas no podían cumplir con las entregas a varios hospitales, a tal punto que el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad comenzó a fabricar barbijos de tela. La empresa fabricante de los barbijos N-95 tampoco pudo responder a la demanda. Paralelamente esta desesperación del público por conseguir barbijos, dentro del Hospital muchos intentaban generar sus propias reservas, recurriendo al ingenio, y a veces a la presión para lograrlo.

Gracias a las previsiones tomadas, en el momento en que finalizó el pico de la epidemia, el Hospital aún contaba con más de 200 000 barbijos quirúrgicos y casi 3000 barbijos N-95.

1.7. INFORMACIÓN

Interna

Semanalmente el Comité de Crisis mantuvo reuniones en las que cada miembro comunicaba las novedades de su área. Si éstas resultaban trascendentes, se utilizaban medios internos de comunicación masiva como correos electrónicos a usuarios, avisos en la Intranet o mediante el empleo de la pizarra.

Diariamente se elaboraban tres informes para la vigilancia y toma de decisiones; Infectología distribuía electrónicamente la situación de pacientes actualizada día a día; el Comité de Control de Infecciones informaba sobre la situación de casos y muertes acumuladas; y el servicio de Laboratorio mostraba los resultados obtenidos permitiendo levantar aislamientos, redistribuir pacientes, modificar la medicación, etcétera.

Diferentes miembros del Hospital asistieron también a reuniones sobre el tema fuera del Hospital (SADI; SAP; ADECRA, etc.), y nos mantuvieron actualizados mediante la circulación electrónica de una minuta con lo más relevante de la reunión. Adicionalmente, a través de la participación en estas reuniones, el Hospital participó de guías para el manejo de los pacientes, tratando de lograr acciones consensuadas y similares en todas las Instituciones de la salud de Buenos Aires y alrededores, tanto en el ámbito privado como público.



Con toda la información disponible el 26 de junio se creó un foro para la toma de decisiones de forma rápida y ordenada. Asimismo se creó una dirección electrónica (gripe.a@hospitalitaliano.org.ar) para clasificar más rápidamente las inquietudes, sugerencias y novedades.

El 29 de junio se implementó la nota FLU en la Historia Clínica Electrónica, que se cargaba automáticamente cuando se llenaba la ficha epidemiológica. Este aviso permitía a los trabajadores de la salud tener información certera acerca de las necesidades de aislamiento. La nota caducaba sola al séptimo día (período recomendado para el aislamiento) o cuando el laboratorio descartaba que la muestra fuera positiva para gripe A (H1N1).

Creemos haber ofrecido de manera ágil, clara y completa la información necesaria para perseguir un objetivo común, explotando los canales de comunicación existentes.

Externa

El HIBA procuró responder a las inquietudes y adelantarse a las necesidades mediante la publicación actualizada de toda la información disponible sobre la influenza A (H1N1) en la página web del Hospital y en la revista *Aprender en Salud*.

Cuando fue necesario se orientó al público a través de cartelera, ya sea para dirigir hacia el sitio de primera consulta, para prohibir las visitas, etcétera.

El Hospital brindó información a la prensa ya que ésta fue concentrada por el Ministerio de Salud de la Nación.

En las salas de espera se retiró la señal de los programas de noticias, después que se presentó una crisis de pánico en un paciente.

Como resumen, la información fue transparente, accesible, actualizada y fiable.

1.8. VACUNACIÓN MASIVA

Se implementó una campaña masiva de vacunación a todo el personal contra la influenza estacional. El objetivo era disminuir los síndromes gripales que sabíamos serían más numerosos que los habituales. Estos permitirían teóricamente una menor demanda de los servicios de salud y menos personal enfermo.

Los que aplicaron vacunas y los que registraron los datos lo hicieron de modo voluntario, para lo cual se hizo una convocatoria masiva el 29 de mayo. Se aplicaron más de 4000 dosis, incluyendo a personal propio y tercerizado.



2. RECURSOS HUMANOS

2.1. CAPACITACIÓN

Se utilizaron diferentes herramientas: educación incidental, reuniones, correos electrónicos, foros, etcétera.

Debido a que el mecanismo de transmisión de la gripe era conocido y el personal de salud del Hospital conocía perfectamente las medidas de control necesarias, solo hubo que hacer hincapié en que no eran necesarias medidas adicionales, adaptar con un criterio lógico la información inicial sobre el uso de barbijos, que fue excesiva, y sobre todo atender consultas que estaban relacionadas con el miedo a la incertidumbre. Esta tarea no fue tanto de capacitación, sino de contención.

2.2. CONTENCIÓN, CONCIENTIZACIÓN

Se implementó una política de concientización colectiva, para el seguimiento de un objetivo común: trabajar responsablemente en una situación inusual, dar respuesta a pacientes y familiares, comprender las diferentes etapas de gestión de la crisis, pedir ayuda con el propósito de obtener los medios necesarios para atender, usar racionalmente los recursos, etc. Esta fue una herramienta clave en el Departamento de Enfermería que demostró mucha seguridad en los momentos de mayor trabajo.

2.3. TRATAMIENTO AL PERSONAL DE SALUD

El personal de salud (entendido como todos los que trabajan en el HIBA) tenía atención prioritaria y acceso a medicación cuando aún estaba restringida solamente a población de riesgo, decisión en acuerdo con las autoridades del Gobierno de la Ciudad. La premisa fue en todo momento que la crisis solo se podía superar con personal sano y un ausentismo mínimo.

Muchos suspendieron voluntariamente sus vacaciones, atentos a la necesidad de cubrir dotaciones que estaban reducidas por enfermedad, ya que ni siquiera con horas extras ilimitadas se podía garantizar en todos los turnos el personal necesario.¹⁵



Tabla 5. Días caídos por enfermedad y licencias preventivas, comparando años 2008-2009. Camilleros, enfermeros y mucamas.

CATEGORIA	JUNIO			JULIO			AGOSTO	
	2008	2009	Dif. Interanual	2008	2009	Dif. Interanual	2008	2009
CAMILLEROS	3	81	2600%	4	110	2650%	7	27
ENFERMEROS	1009	922	-8,62%	1033	1618	56,63%	890	806
MUCAMAS	214	263	22,90%	172	246	43,02%	177	159
Total Acumulado	1226	1266	3,26%	1209	1974	63,28%	1074	992

3. LOGISTICA

3.1. APROVISIONAMIENTO DE BARBIJOS Y CAMISOLINES

En los últimos días de abril se decidió aumentar las reservas de barbijos y camisolines, de modo que dispusiéramos siempre un mínimo de 250 000 barbijos quirúrgicos y 3000 N-95. Con esta medida tomada precozmente, no faltaron barbijos y se pudo hacer la compra al precio del mercado previo a la llegada de la epidemia al país. Solo fue necesario reubicar las reservas, ya que el espacio de los depósitos es limitado y establecer entregas semanales por parte de los proveedores para la reposición inmediata de lo consumido.

3.2. LAVADO DE ROPA

La ropa de cama proveniente de casos sospechosos/infectados era embolsada sin sacudir, con rótulo rojo y en bolsa individual. No se realizaron los conteos que se hacen de rutina. Se recomendó al lavadero (externo) tampoco hacerlo, y echar directamente dentro de la máquina la ropa que contenía la bolsa.

3.3. HIGIENE

Se intensificó la limpieza de las superficies. Se convocó a las empresas tercerizadas para lograr su adhesión a las prácticas de prevención.

Debido al ausentismo elevado, se contrató personal temporario de limpieza para que la higiene del hospital fuera óptima.

3.4. CONTROL DEL AIRE

Si bien la principal vía de contagio es a través de gotas expelidas durante la tos y/o el estornudo y el contacto con superficies contaminadas, no se podía descartar



inicialmente la transmisión aérea. Se tomaron algunas medidas para evitar una eventual transmisión aérea:

- Se colocaron filtros de aire HEPA portátiles en los consultorios donde se tomaron las muestras.
- Se internó a los pacientes en un área que no compartía el aire acondicionado con otra, y se hizo más eficiente la renovación del aire, con medidas simples, rápidas y económicas.
- El 15 de mayo se hizo una revisión de los filtros de la habitación 3601, diseñada especialmente para el aislamiento de pacientes con enfermedades transmisibles por aire.

3.5. SEGUIMIENTO TELEFÓNICO DE LOS PACIENTES

Inicialmente estuvo a cargo del Comité de Control de Infecciones e Infectología, que traspasó posteriormente el seguimiento al servicio de Epidemiología de Plan de Salud.

4. RECURSOS MATERIALES

4.1. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

Durante el período inicial de la epidemia, las muestras fueron derivadas a los centros destinados por las autoridades nacionales para tal fin. Cuando estos colapsaron, las autoridades dejaron a cada centro en libertad de realizar el diagnóstico. El laboratorio del hospital implementó el diagnóstico de este virus en muestras nasofaríngeas por medio de PCR en tiempo real.

La cantidad de muestras que llegaban al laboratorio obligaron a realizar varias corridas diarias, incluso en horario nocturno y fines de semana.

4.2. INSUMOS

Se generaron reservas extraordinarias de barbijos tricapa, barbijos N-95, camisolines, antiparras, guantes, papel tisú. Se incrementó la producción (se cuadruplicó) y distribución de alcohol en gel.

4.4. MEDICACIÓN ANTIVIRAL

La distribución y administración de la medicación antiviral para la gripe A se realizó según las indicaciones del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad, con consentimiento informado para la administración de oseltamivir en embarazadas y menores de 1 año.¹¹



El servicio de farmacia realizó el fraccionamiento de la droga para pediatría, ya que no existen presentaciones pediátricas.

Asimismo, el hospital puso a disposición de pacientes y del personal el servicio de Traslados Externos (Servicios de Apoyo a la Internación) para retirar medicación en los centros dispuestos por el Ministerio de Salud. Se gestionaron 99 recetas en junio, 242 en julio y 99 en agosto.

4.5. EQUIPAMIENTO

Se compraron seis respiradores adicionales a los cuatro presupuestados para el año en curso. El uso fue muy cercano al 100% durante todo el período hasta la última semana de julio.

Debido a la alta tasa de uso, a través de la Coordinación de Internación se distribuían en forma interna según necesidad.

Se acortaron los tiempos de reparación por parte de Ingeniería Biomédica.

7. FLEXIBILIDAD DE LA ORGANIZACIÓN

Sin duda la flexibilidad ante una demanda inusitada, sostenida y de evolución impredecible, es un requisito fundamental para dar respuesta. Este fue un rasgo constante durante las seis semanas de mayor demanda, y que surgió de modo espontáneo y rápido.

La comunicación fue fluida y se pudieron resolver rápidamente situaciones complejas gracias a que la información fue compartida generosamente.

El personal de salud tuvo un papel clave en todo el proceso, en el cual se requirió el esfuerzo y la flexibilidad de todos para la necesaria adaptación a las situaciones que iban surgiendo día a día; destacamos el impacto de la epidemia sobre la dotación de mucamas, que se palió con un contrato de personal temporario que se capacitó en tiempo acotado. Enfermeros, camilleros y otros trabajaron voluntariamente más horas de lo establecido, se les asignaron finalmente todas las horas extras necesarias, a pesar de lo cual sufrieron una mayor carga de trabajo. Es de destacar que, a pesar del impacto negativo que se generaba al saber que un compañero se había enfermado, tal vez en el Hospital, nadie negó en ningún momento atención a quienes la necesitaban.

Cuando se debieron limitar las cirugías programadas con necesidad de posoperatorio en UTIA, la comprensión del Departamento de Cirugía fue inmediata.



También durante algunos fines de semana en los que las guardias tuvieron un número inédito de consultas, algunos médicos acudieron voluntariamente a colaborar. Otro ejemplo lo constata el Servicio de Ortopedia, que cedió tres consultorios para una extensión de la atención de pediatría los fines de semana más críticos.

Las pequeñas reformas que hubo que hacer se pudieron implementar en pocas horas gracias a la disposición de la Gerencia de Ingeniería de Planta y de

Suministros

El equipamiento biomédico fue compartido por todo el hospital según necesidades, y la oportunidad de la crisis surgió con la compra a muy buenos precios de buenos respiradores, gracias a la toma de decisiones rápidas y oportunas.

V. APRENDIZAJE

La experiencia nos ofrece una mirada crítica sobre la gestión de la crisis en el HIBA durante esta pandemia. Las deficiencias nos muestran realidades críticas de nuestro quehacer que es preciso identificar para poder modificar. Creemos haber encontrado en esta aproximación oportunidades de mejora.

¿Qué cosas se podrían haber hecho mejor?

En relación con la comunicación, los reportes con información diaria actualizada sobre la situación del hospital (pacientes aislados, estado de los resultados de laboratorio, situación clínica, etc.) no se distribuyeron de forma ordenada y sistemática hasta el 30 de junio. Hubiera sido de mucha utilidad contar con un mecanismo ágil para difundir esta información desde el día en que se presentó el primer caso.

Por otra parte, la información vital y cotidiana no tuvo un formato uniforme: convivieron textos libres en correos electrónicos, tablas de Excel, tablas dinámicas, y hasta información verbal. Un criterio unificado hubiera facilitado la lectura y el cruce de datos.

La información interna tuvo momentos difíciles. En gran parte, producto de que la información oficial fue confusa, contradictoria y retrasada con respecto a los acontecimientos. Adicionalmente, los interlocutores fueron muchos y con estilos comunicacionales diferentes. La objetividad pretendida, basada en hechos en algunos momentos se mezcló con impresiones personales, pronósticos, etcétera.



A nivel logístico, la provisión de reactivos fue subestimada. A partir de un cálculo más acorde con la demanda, hubiéramos podido optimizar el uso de camas y evitar aislamientos innecesarios. También faltaron resultados de PCR en la Historia Clínica Electrónica porque no se habían hecho las solicitudes de laboratorio. Esto impidió conocer oportunamente los resultados. Si bien finalmente se resolvió, el resultado pudo ser visualizado de modo extemporáneo. Se podría haber diseñado un circuito más precozmente.

Posteriormente surgió la tardía propuesta de que, de haberse implementado una central telefónica con médicos y enfermeros del otro lado de la línea, quizá se hubiera podido hacer el seguimiento telefónico de pacientes con indicación dudosa de internación. Asimismo, este servicio hubiera podido evitar algunas consultas presenciales y tal vez aliviado los servicios de atención domiciliaria.

La decisión inicial de internar a estos pacientes en un sector de camas individuales (4° piso, por ejemplo) hubiera permitido bloquear menos camas. Por último, creemos que se debería haber aprovechado el tiempo de preparación para entrenar un grupo de enfermeros para el cuidado de pacientes en asistencia ventilatoria mecánica. Este fue un cuello de botella entre la última semana de junio y la primera quincena de julio.

¿Se podría haber hecho algo más precozmente?

Definitivamente, sí. Contar con un ordenamiento de tareas y responsables tempranamente hubiera aportado eficiencia y distribuido la carga de trabajo.

Otro ejemplo podría ser la implementación del foro un mes antes, que hubiera dado respuesta más expedita a algunas cuestiones sin la necesidad de concertar reuniones que llevan más tiempo, dejan menos registro e inevitablemente son más restringidas en cuanto al número de participantes. También hubiera facilitado lo mencionado en el párrafo anterior.

Los tiempos en la gestión de una crisis son importantes, por lo que creemos que la vacunación antigripal se debería haber implementado antes.

Finalmente, en el momento de mayor demanda, el equipo rodante (sillas y camillas) estaba muy diezmado a la espera de reparaciones pendientes desde varios meses atrás. Faltó decisión para poner a punto este equipamiento a tiempo.

Nuestra Institución ha podido hacer frente a una demanda inusitada de pacientes agudos, gracias al esfuerzo aunado de todos. Quienes recorran el detalle de la



experiencia aquí relatada, comprenderán fácilmente que el factor clave de éxito fue el recurso humano. No se trató de una crisis que demandó una economía adicional sino liderazgo, responsabilidad, compromiso.

A medida que transcurrían los días aprendimos a comunicarnos mejor, a trabajar en equipo coordinadamente, a compartir la información de modo generoso y transparente, a confiar en las recomendaciones de los que más sabían, a optimizar el uso de recursos, a aceptar que debíamos trabajar con un grado no menor de incertidumbre. Pudimos encontrar liderazgos que lograron alinearnos detrás de un objetivo en común.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a todas las personas que trabajan en esta Institución, especialmente a los que han compartido generosamente sus datos con nosotros.

Bibliografía

1. Potter CW. A history of influenza. J Appl Microbiol. 2001;91(4):572-9.
2. Mandell GL, Bennett JE, Dolin RM, editors. Mandell, Douglas y Bennett enfermedades infecciosas: principios y práctica. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2006.
3. Conferencia Dr. Richard Wenzel en Argentina [video]. 2009 ago 7. [10 min] [Acceso: 10/09/09]. Disponible en: www.youtube.com/watch?v=-XwB-khv5z4
4. Hannoun C. Role of international networks for the surveillance of influenza. Eur J Epidemiol. 1994;10(4):459-61.
5. Organización Mundial de la Salud. Programa mundial de la OMS contra la gripe [Internet]. [Ginebra]: Organización Mundial de la Salud; 2009 [Citado: 15/06/2009]. Disponible en: <http://www.who.int/csr/disease/influenza/globalagenda/spanish/en/>
6. Loutfy MR, Wallington T, Rutledge T, et al. Hospital preparedness and SARS. Emerg Infect Dis. 2004;10(5):771-6.
7. Shinde V, Bridges CB, Uyeki TM, et al. Triple-reassortant swine influenza A (H1) in humans in the United States, 2005-2009. N Engl J Med. 2009;360(25):2616-25. Errata en: N Engl J Med. 2009;361(1):102.
8. Chan M. El nivel de alerta de pandemia de gripe se eleva de la fase 5 a la fase 6 [Internet]. [Ginebra]: Organización Mundial de la Salud; 2009 junio 12. [Citado: 12/06/2009]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/es/index.html



9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Update: novel influenza A (H1N1) virus infection - Mexico, March-May, 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2009; 58(21):585-9.
10. World Health Organization. Global alert and response. Situation updates - Pandemic (H1N1) 2009. Pandemic (H1N1) 2009 - update 63 [Internet]. [Geneva: World Health Organization; 2009 Ago 28]. [Citado: 28/08/09]. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2009_08_28/en/index.html
11. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Emergencia sanitaria: gripe A (H1N1) [Internet]. Buenos Aires: el Ministerio; 2009 [Citado: 06/09]. Disponible en: http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/gripe_a/index.php
12. Webster P. Infectious disease experts expect the unexpected with respect to swine flu. *CMAJ.* 2009; 181(3-4):E38-9.
13. Cutler J, Schleichauf E, Hatchette TF, et al. Investigation of the first cases of human-to-human infection with the new swine-origin influenza A (H1N1) virus in Canada. *CMAJ.* 2009; 181(3-4):159-63.
14. Chowell G, Bertozzi SM, Colchero MA, et al. Severe respiratory disease concurrent with the circulation of H1N1 influenza. *N Engl J Med.* 2009; 361(7):674-9.
15. McDonald LC, Simor AE, Su IJ, et al. SARS in healthcare facilities, Toronto and Taiwan. *Emerg Infect Dis.* 2004; 10(5):777-81.
16. Lipsitch M, Riley S, Cauchemez S, et al. Managing and reducing uncertainty in an emerging influenza pandemic. *N Engl J Med.* 2009; 361(2):112-5.
17. Perez-Padilla R, de la Rosa-Zamboni D, Ponce de Leon S, et al. Pneumonia and respiratory failure from swine-origin influenza A (H1N1) in Mexico. *N Engl J Med.* 2009; 361(7):680-9.