

PROTOCOLO DE PRESTACIÓN ASISTENCIAL. FASE 6

DEPARTAMENTO DE SALUD DE VALENCIA – DOCTOR PESET



Valencia, 28 de abril de 2009

Protocolo de PRESTACION ASISTENCIAL. FASE 6

DEPARTAMENTO DE VALENCIA-DOCTOR PESET

INDICE.

1. Composición del Comité de Dirección del Plan de Emergencias del Departamento Valencia-Dr. Peset.
2. Actuaciones en Atención Primaria.
3. Actuaciones en Atención Especializada.
4. Curva epidémica de la Gripe en la Comunidad Valenciana.
5. Patologías prevalentes y factores de riesgo ligados al paciente en relación con la pandemia de Gripe.
6. Protocolos de ingreso en caso de pandemia de Gripe.
7. Triage de casos en Hospital, CAP y CICU
8. Procedimiento de actuación ante un paciente que acude a Urgencias del Hospital.
9. Procedimiento de actuación ante un paciente que realiza una llamada telefónica al CAP.
10. Procedimiento de actuación ante un paciente que acude al CAP.
11. Procedimiento de actuación ante un paciente que realiza una llamada al CICU.
12. Manejo clínico de un paciente que acude con Gripe al Hospital.
13. Algoritmos.

1. Composición del Comité de Dirección del Plan de Emergencias del Departamento Valencia-Dr. Peset.

El COMITÉ DE DIRECCIÓN DEL **DEPARTAMENTO DE VALENCIA-DR PESET** se integrará por:

- Gerente del Departamento: Dra. Carmen Snabb Galbis (snabb_car@gva.es)
- Director Médico del Hospital: Dr. José Vicente Martínez Diago (martinez_josdia@gva.es)
- Director de Salud Pública: Dr. Rosendo Sanz Bou
- Directora Médica de Atención Primaria: Dra. Juana Cantero Llorca (cantero_jua@gva.es)
- Subdirector Médico (área hospitalización-urgencias): Dr. Alejandro Navarro Adam (navarro_ale@gva.es)
- Directora de Enfermería: Francisca Algora Rangel (algora_fra@gva.es)
- Directora de Enfermería de Atención Primaria: Mercedes Dicenta Sousa (dicenta_mer@gva.es)
- Directora Económica: Dolores Cremades Morant (cremades_dol@gva.es)
- Jefe de Zona Básica Luís Oliag: Dr. Antonio Monrabal Sanz (monrabal_jos@gva.es)
- Jefe de Servicio de Urgencias. Dr. Juan Sánchez Carpena (sanchez_juacar@gva.es)
- Supervisor de enfermería de urgencias: Cristina Barrios Mata (barrios_cri@gva.es)
- Jefe de Servicio de:Pediatría: Dra. Pilar Codoñer (pilar.codoner@uv.es)
- Jefe de Servicio de Medicina Interna: Dr. Arturo Artero (arturo.artero@uv.es)
- Jefe de Servicio de Cuidados Intensivos: Dr. Miguel Soto (soto_jmi@gva.es)
- Jefe de Servicio de Neumología: Dr. Rafael Blanquer (Blanquer_raf@gva.es)
- Jefe de Servicio de Anestesiología-Reanimación: Dra. Cristina Solaz (solaz_cri@gva.es)
- Coordinador de la U.M.C.E.: Dr. Emilio Garijo (emiliogarijo@telefonica.net)
- Jefe de Servicio de Farmacia: José Luís Catalán (catalán_jlu@gva.es)
- Jefe de Sección de Medicina Preventiva: Vicente Zanon Viguer (zanon_vic@gva.es)
- Jefe de Servicio de Microbiología: Jose Miguel Nogueira Coito (Nogueira_jmi@gva.es)
- Jefe de Sección de Radiodiagnóstico: Luis Martí Bonmatí (marti_lui@gva.es)
- Jefe de Sección de UDCA: Dr. Ramón Romero (romero_ram@gva.es)
- Responsable de Seguridad: Jefe de equipo
- Responsable de Mantenimiento: Rafael Cuevas (cuevas_raf@gva.es)
- Jefe de Celadores: Vicente Collado (collado_vic@gva.es)

Se procurará la adecuada información a los profesionales en todo momento del desarrollo de la epidemia, creando circuitos de transmisión a través de correo electrónico, de todas las modificaciones protocolarias y temas de interés asociados.

PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA PANDEMIA DE GRIPE PORCINA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. 28 ABRIL 2009

En el caso de que la gravedad de la situación epidémica (Alta) requiera la utilización de los recursos hospitalarios del Sistema Sanitario Privado, se incorporaran a este Comité los Directores de estos centros Hospitalarios. Cada uno de los responsables que integran el Comité de Dirección podrá ser sustituido por la persona que previamente se haya designado al efecto.

2.- ACTUACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA

La situación de Epidemia va a suponer un incremento de la demanda asistencial en consulta, domicilio y urgencias por la enfermedad epidémica o por sus complicaciones y por las altas precoces de pacientes hospitalizados, teniendo que atender a la vez la demanda de asistencia no demorable por otros motivos.

Objetivo

**Lograr la máxima resolución de casos en este primer nivel asistencial
Procurar la menor derivación posible de casos al nivel de atención especializada.**

Para ello: Siempre que su situación clínica lo permita, los pacientes permanecerán, preferentemente, en su domicilio, durante el tratamiento, evitando en lo posible el ingreso hospitalario.

Se debe tener en cuenta la posibilidad de utilizar recursos extraordinarios, de médicos y de enfermería, o movilizarlos de otros centros, para hacer frente al fuerte incremento de demanda asistencial, en consulta o en el domicilio.

Extensión de la Pandemia

Dependiendo de la extensión e intensidad de la epidemia y de los recursos sanitarios necesarios para atender la demanda generada, se definen los siguientes grados de aplicación del **Plan en Atención Primaria**:

Baja

Los pacientes pueden ser atendidos en el Centro de Salud y en su domicilio, con pequeños cambios organizativos.

Media

La atención a los pacientes requiere de importantes cambios organizativos con:
Ampliación de los horarios de atención a los pacientes,
Aumento de la oferta de consulta a demanda en el Centro de Salud
Aumento de las consultas domiciliarias y
Disminución de las consultas programadas y Administrativas.
Coordinación del seguimiento telefónico de pacientes y otros recursos (CICU, Urgencias...)

Alta

La atención a los pacientes requiere de grandes cambios organizativos en el centro de salud con:

- * Incorporación de todos los recursos del centro a la asistencia a estos pacientes, asegurando la atención a la urgencia.
- * Incorporación de recursos extraordinarios de médicos y enfermería.
- * Suspensión de las consultas programadas y administrativas.
- * Aumento del seguimiento telefónico de los pacientes.

Se adjuntará anexo de la distribución organizativa y de espacio físico de cada uno de los CAP y PAC/PAS

Condiciones que deben reunir los Centros de Atención Primaria (CAP) para la atención a pacientes en una situación de epidemia

1.- De Gestión y Organización

Los Jefes de Zona Básica y Coordinadora de enfermería del CAP serán los responsables (se adjuntará listado nominal de los responsables con e-mail y número telefónico):

- * del cumplimiento de las condiciones de respuesta de los centros
- * de la adaptación de los Protocolos específicos de Actuación y manejo de la enfermedad, consensuados.
- * que todos los profesionales sanitarios conozcan las medidas de control de la infección, de atención y de traslado de pacientes con la enfermedad en cuestión y los protocolos y algoritmos de actuación, para lo que se realizan múltiples reuniones de difusión y aclaración de dudas.
- * que los protocolos y algoritmos de actuación se encuentren en lugar bien visible para los trabajadores.

2.- De Infraestructura y equipamiento

Todo centro de salud deberá preparar dentro de sus posibilidades:

- * Un sitio físico de “triaje” presencial, a ser posible cerca de la entrada del Centro de Salud,
- * Una sala de espera, para los pacientes que demandan asistencia con sintomatología de gripe y sus acompañantes. Lo ideal es que esta sala de espera esté separada físicamente de otra para el resto de pacientes.
- * Adecuación al alta de los suministros de medicación y fungibles, revisión de provisión de O₂, aumento de frecuencia de limpieza, etc.

3.- De actividad asistencial:

Además de las medidas a establecer según el nivel de aplicación del Plan, en todos los casos, el Centro de Salud deberá:

- * Determinar las personas responsables del “triaje” telefónico y del presencial.
- * Identificar los pacientes de riesgo
- * Hacer el seguimiento de los pacientes dados de alta precoz hospitalaria.

Si la epidemia adquiere gran magnitud y se produce una saturación en la demanda de atención domiciliaria, se aumentará el seguimiento telefónico de los pacientes en combinación con la atención presencial en los domicilios, preferentemente por profesionales de enfermería, de los casos prioritarios.

- * Minimizar los traslados al hospital de aquellas patologías que puedan resolverse en este nivel asistencial.
- * En todos los pacientes se comprobará presencialmente la existencia de criterios objetivos de derivación hospitalaria, no siendo aconsejables derivaciones hospitalarias por criterios subjetivos o por indicación telefónica.

PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA PANDEMIA DE GRIPE PORCINA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. 28 ABRIL 2009

* En caso de pacientes gravemente incapacitados o en fases terminales, deberá hacerse una valoración presencial domiciliaria del beneficio e idoneidad del tratamiento hospitalario en función de la situación basal previa.

* Todos los pacientes atendidos recibirán un informe escrito y legible de la asistencia prestada, con constancia de la situación clínica, diagnóstico, tratamiento administrado, plan de actuación a seguir y recomendaciones de reconsulta urgente. Deberá especificarse qué pacientes deben seguir autocuidados, seguimiento telefónico o atención domiciliaria.

3.- ACTUACIONES EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

El período de epidemia producirá un aumento progresivo de demanda de atención hospitalaria, sobre todo en Urgencias, en algunas especialidades del Área Médica y en la propia Medicina Interna y en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Objetivo

Garantizar la adecuada respuesta de la Asistencia Especializada al aumento de la demanda.

Extensión de la Pandemia

Dependiendo de la extensión e intensidad de la epidemia y de los recursos sanitarios necesarios para atender la demanda generada, se definen los siguientes grados de aplicación del Plan en Asistencia Especializada.

Baja

El Hospital es capaz de atender la demanda de pacientes con pequeños cambios organizativos.

Media

La atención a los pacientes requiere de importantes cambios organizativos con:

- * Redistribución de camas
- * Inicio de las altas precoces de pacientes hospitalizados.

Alta

La atención a los pacientes requiere de grandes cambios organizativos en el hospital:

- *Redistribución de camas.
- *Altas precoces de pacientes hospitalizados.
- *Suspensión progresiva de la actividad quirúrgica programada.
- *Suspensión progresiva de revisiones programadas.
- *Aplicación de criterios estrictos de ingreso desde urgencias.

En cada Departamento, el “**Comité de dirección del Departamento del Plan de emergencias**” será el responsable de determinar el grado de extensión de la pandemia que corresponde al Hospital.

Intervención de centros asistenciales alternativos:

Una vez en el Departamento se decreta la situación de extensión Alta de la epidemia, los servicios sanitarios pueden no ser suficientes para atender la demanda asistencial, momento en el que deberán estar preparados los centros asistenciales alternativos.

PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA PANDEMIA DE GRIPE PORCINA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. 28 ABRIL 2009

Organización de la actividad hospitalaria.

La actuación del Hospital debe ser liderada por el Comité de dirección del Plan de emergencias, con la participación y compromiso de los Servicios Médicos, Quirúrgicos, Diagnósticos y de Cuidados Críticos y Urgencias.

El Hospital dispondrá de un circuito de triaje, mapa de la unidad de urgencias y sala de espera separada dotada con el equipamiento necesario. En caso de nivel 6 la reubicación será la siguiente:

*Se establece un puesto de Triage inicial en la puerta de entrada a urgencias para diferenciar los posibles casos de infección gripal del resto de pacientes de urgencias. Estará a cargo de personal de enfermería. El personal deberá llevar el correspondiente material de protección personal. Simultáneamente se recogerá una listado de ítems mínimo para la correcta identificación de los pacientes, a ser posible con aportación de la tarjeta SIP. Y se remitirá al paciente con criterios de caso posible al punto de asistencia, acompañado por un celador (ambos debidamente protegidos con mascarilla).

* Se establece un punto de asistencia para casos probables en la actual UCSI (para lo cual se desprogramará dicha actividad). Se dispondrá de 2 consultas de adultos (ampliables a 3 en caso de necesidad) y 1 de pediatría, salas de espera independientes (adultos/niños), así como sala de observación.

* La UMCE se transformará en unidad de hospitalización para los casos confirmados que requieran de ingreso hospitalario (incluida la VMNI). La responsabilidad de esta sala recaerá sobre los médicos de UMCE, con la colaboración de los Servicios de Medicina Interna y Neumología. Parte de los recursos de UMCE reforzaran asimismo al Servicio de Urgencias Generales. La actividad habitual de la UMCE será asumida por el resto de servicios médicos del hospital.

* Los casos confirmados que por su complejidad requieran de terapia intensiva, serán ingresados en la unidad de reanimación que resulta mas adecuada por su estructura para realizar aislamientos. Los pacientes estarán a cargo de los facultativos de dicha unidad, con la colaboración de los facultativos de la UCI. La actividad quirúrgica que requiera de terapia intensiva, será ingresada en UCI general.

* Los casos probables en pacientes embarazadas utilizarán los mismos circuitos que el resto, al igual que los pacientes pediátricos (que si dispondrán de consulta y sala de espera independientes). El ingreso pediátrico de los mayores de 3 años se realizará asimismo en la UMCE, el resto se remitirán al hospital de referencia (H.U. La Fe).

* Los casos probables graves (código Rojo Escala Manchester) serán atendidos de inmediato en la cabina de aislamiento instalada de forma específica para la situación de pandemia ubicada en la sala de observación de urgencias.

PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA PANDEMIA DE GRIPE PORCINA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. 28 ABRIL 2009

Se adjuntarán los protocolos y algoritmos consensuados para el manejo de los pacientes con la enfermedad epidémica.

Se adjuntarán los protocolos de traslados intrahospitalarios, que garanticen que se cumplen las medidas para el control de la transmisión de la enfermedad.

Protocolo de incremento de la capacidad de resolución del Hospital:

Se procederá a suspender progresivamente y en función de la demanda toda la actividad quirúrgica programada excepto cirugía oncológica y traumatológica.

Asimismo podrá suspenderse la actividad en:

- Rehabilitación
- Técnicas diagnósticas y/o terapéuticas que requieran ingreso en los diferentes servicios médicos.
- Unidad de litotricia
- Sala de despertar
- Reasignación, por parte de la Dirección del hospital, con la participación del Comité de dirección del Plan de emergencias, de camas o áreas específicas dentro del centro, en razón de la propia demanda.
- Incremento de la Hospitalización Domiciliaria, con reasignación de personal de otras unidades.

Otras medidas específicas a adoptar en Urgencias:

* Establecimiento de un circuito rápido de pacientes derivados por el CICU.

* Aumento del número de consultas en Urgencias (UCSI), conforme aumente la demanda.

Otras medidas a adoptar en el conjunto del Hospital.

Si el paciente es devuelto a su domicilio, se le deberá facilitar la siguiente documentación:

- Informe de alta.
- Instrucciones de autocuidado.
- Teléfono de contacto en caso de deterioro clínico.
- Recomendaciones para el seguimiento.
- Instrucciones para cualquier otro tipo de asistencia si procede.

4. Curva epidémica de la Gripe en la Comunidad Valenciana

Aun siendo imposible predecir los efectos de una pandemia, con una buena planificación es posible mitigar su alcance y sus repercusiones. Como resultado de los datos de pandemias anteriores y la opinión de los expertos en el simulacro de gripe pandémica en España en el año 2005, la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica elaboró un modelo teórico de la tasa de incidencia semanal de la enfermedad en fase 6 a lo largo de 40 semanas en dos ondas pandémicas.

Siguiendo este modelo, el Servicio de Sistemas de Información ha simulado los casos incidentes y los ingresos hospitalarios en la Comunidad Valenciana y en cada uno de los departamentos de salud que forman nuestro sistema sanitario.

La Tasa de incidencia, -proporción de la población que contrae la gripe clínica durante una pandemia y la gravedad de la afección pueden variar según los grupos de edad; no obstante, como es probable que ni los niños ni los adultos estén inmunizados contra el nuevo virus, para la planificación se ha asumido una tasa de incidencia uniforme, una mayor gravedad y tasas de mortalidad más altas que las de la gripe «estacional» normal para todas las edades, según la Comisión de la Comunidad Europea en su comunicación al Parlamento Europeo:

- Tasa de ataque: 25%;
- Hospitalización: 5% de la incidencia;
- Mortalidad: 2% de la incidencia.

A partir de estos datos se presentan tres curvas de la evolución temporal previsible, para la Comunidad Valenciana:

INCIDENCIA DE LA GRIPE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

Tasa por 100.000 habitantes en la Comunidad Valenciana:

En ambas curvas, el gráfico muestra dos picos de incidencia, el primero entre las semanas 7 a 12 y el segundo entre las semanas 19 a 35.

Ingresos y mortalidad en la Comunidad Valenciana por gripe o sus complicaciones

El eje vertical de la izquierda nos da el número de pacientes que se prevé precisaran de ingreso en un establecimiento Hospitalario.

El eje vertical de la derecha, nos muestra el número de posibles defunciones ocasionadas por este proceso.

Pasada la máxima incidencia de la primera onda epidémica, alrededor de la 9 o 10 semana del comienzo, el número de casos y la demanda asistencial disminuirán pero el sistema sanitario deberá estar preparado para la llegada de una nueva onda, alrededor de la 20 o 21 semana, de magnitud similar o, presumiblemente, mayor a la anterior, con su máxima incidencia alrededor de las semanas 25, 26.

5. Patologías prevalentes y factores de riesgo ligados al paciente en relación con la pandemia de Gripe.

Patologías prevalentes.

Durante la duración de la Pandemia de Gripe y que demandaran asistencia sanitaria:

- Insuficiencia Respiratoria aguda
- Insuficiencia cardiaca
- Reagudizaciones de pacientes con neumopatías crónicas con o sin OCFA
- Cardiopatía isquémica y Descompensaciones de pacientes pluripatológicos por procesos infecciosos de vías respiratorias altas y/o bajas.

Factores de Riesgo:

- Edad: 2 años o >65 años
- Embarazo (2º y 3º trimestre)
- Enfermedades cardiovasculares: enfermedades cardiacas congénitas, reumáticas, isquémicas, insuficiencia cardiaca congestiva
- Enfermedades broncopulmonares: asma, bronquitis, bronquiectasia, enfisema
- Enfermedades metabólicas, diabetes
- Enfermedades renales
- Cáncer
- Déficit inmunitario, Sida, inmunodepresión, trasplantados
- Enfermedades sanguíneas, anemia.
- Trastornos oncológicos
- Enfermedades hepáticas, cirrosis
- Tratamiento prolongado con salicilato en menores de 18 años (enfermedad de Kawasaki, artritis reumatoide, fiebre reumática aguda, otras).

6. Protocolos de ingreso en caso de pandemia de Gripe

Se adjuntarán **Protocolos de Ingreso** para los pacientes que lo necesiten. Como norma general los enfermos se ingresarán en habitación individual, salvo que la epidemia adquiera gran magnitud y se produzca déficit de camas hospitalarias, en cuyo caso se podría ingresar en la misma habitación más de un caso.

Inicialmente, se designa la **Unidad Médica de Corta Estancia (UMCE)** como planta del hospital para el ingreso de los casos, comenzando por las habitaciones del fondo, para facilitar el aislamiento. Una vez ocupada esta planta y conforme sea necesario, se utilizarán otras plantas, aplicando la misma sistemática.

Se adjuntará listado con el inventario de aparatos de VMNI y VMI.

7. Triage de casos en Hospital, CAP y CICU.

Uno de los puntos clave, por la importancia de su correcta aplicación, es la clasificación de los pacientes que demandan asistencia (también llamado “traje”). Tener desarrollado un modelo de “traje”, será fundamental para que los servicios sanitarios puedan dar una respuesta eficiente ante una situación de pandemia de gripe.

TRIAJE TELEFONICO

Se realiza ante la demanda telefónica de atención, bien al CICU o al Centro de Salud, en los teléfonos habituales o en teléfonos habilitados al efecto.

El triaje telefónico:

- Lo realiza la persona responsable de la recepción de la llamada.
- Sigue un cuestionario de preguntas de contenido sanitario, estructurado y sistemático. (se adjunta algoritmo).
- Con la información obtenida en el interrogatorio, se proporciona la respuesta adecuada, que puede ir desde un consejo sanitario a la valoración más detenida de un médico, la movilización de un equipo o el ingreso hospitalario, en su caso.

TRIAJE PRESENCIAL

Desde un inicio, los usuarios pueden demandar asistencia directamente a los Centros de Atención Primaria y a las Urgencias Hospitalarias. Por ello, tanto los CAP como las urgencias hospitalarias tendrá preparado un “traje” presencial.

El “traje” presencial:

- Lo realiza personal sanitario, médico o, preferentemente, enfermeras.
- Sigue un protocolo que incluye interrogatorio, exploración física y pruebas complementarias
- básicas.
- La información que se obtiene sirve para asignar los recursos, en función del nivel de gravedad.
-

Los algoritmos contemplan los criterios de:

- 1) Síntomas de Alarma
- 2) Afectación del estado general
- 3) Enfermedad Crónica
- 4) Signos de Alarma y
- 5) Síntomas/signos de Gravedad.

8. Procedimiento de actuación ante un paciente que acude a Urgencias del Hospital.

Nos podemos encontrar con dos situaciones que requieren actuaciones diferentes.

1.- Los pacientes que acuden directamente a las Urgencias Hospitalarias serán atendidos en el Triage presencial establecido al efecto y preferentemente, por personal de enfermería.

En este triaje se valoran:

- La presencia o no de síntomas de alarma.
- La afectación del estado general.
- La presencia de enfermedades crónicas.

En función del resultado del triaje, se le darán recomendaciones de autocuidado, se incluirá en seguimiento telefónico o deberá pasar a ser visto por un facultativo.

2.- Los pacientes que lleguen trasladados por el CICU o por un Medico de AP a las Urgencias Hospitalarias serán atendidos directamente por un facultativo.

El facultativo del servicio de Urgencias, valorará si:

- Los Síntomas que presenta el paciente son o no compatibles con Gripe. En el caso de no serlos, el paciente se tratara conforme a la patología que presente.
- Existe clínica de IRA u otra comorbilidad. Si no existiese, el paciente debe ser tratado de forma ambulatoria por su médico de AP.
- Existe Enfermedad crónica Avanzada o Terminal. Si existiese, se valorará si la expectativa de vida es inferior a 6 meses, en cuyo caso serán remitidos a su domicilio para ser tratados con apoyo de Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) o, en su caso, del Equipo de Atención Primaria (EAP).
- Procede ingreso en habitación con Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) o en Reanimación.

Aquellos pacientes que no presenten síntomas compatibles con gripe, se tratarán según la patología que presenten.

9. Procedimiento de actuación ante un paciente que realiza una llamada telefónica al CAP.

Ante la llamada al CAP de un paciente que refiere **fiebre y tos** y pide cita para consulta, o solicita que se le atienda en el domicilio, se pondrá en marcha el triaje telefónico.

Se pueden producir varias situaciones:

1. Si el paciente **presenta síntomas de alarma**, se ha de considerar su traslado al hospital, solicitando para ello un transporte sanitario al CICU. Cuando el paciente llegue al hospital, se le realizará un triaje presencial que decidirá si necesita ser o no ingresado. En el caso de que no se ingrese al paciente, se comunicará al CAP la remisión del paciente para su seguimiento y control. Si existe **Enfermedad crónica Avanzada o Terminal**, se valorará si la expectativa de vida es inferior a 6 meses, en cuyo caso será remitido a su domicilio para ser tratado con apoyo de Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) o, en su caso, del Equipo de Atención Primaria (EAP).
2. Si el paciente no presenta síntomas de alarma, pero tiene **afectación del estado general**, el médico que haya acudido al domicilio del paciente, decidirá sobre si es más adecuado el ingreso en el hospital, o bien, se le puede tratar en el domicilio.
3. Si el paciente no tiene síntomas de alarma ni afectación del estado general pero tiene alguna **enfermedad crónica**, se averiguará si puede o no desplazarse al CAP, para, según proceda, enviar un médico a su domicilio o pedirle que acuda él mismo al CAP. Una vez diagnosticado y puesto el tratamiento que proceda, se procederá a su inclusión en seguimiento telefónico.
4. Si el paciente no presenta ninguna de las situaciones anteriores, se valorará si cumple los criterios para el seguimiento telefónico de su proceso o sólo precisa de recomendaciones para su autocuidado en domicilio.

10. Procedimiento de actuación ante un paciente que acude al CAP.

PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA PANDEMIA DE GRIPE PORCINA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. 28 ABRIL 2009

El paciente acude al CAP refiriendo **fiebre y tos**. El triaje presencial tendrá que valorar si:

El paciente presenta:

- **síntomas de alarma de gripe.**
- **y/o afectación del estado general.**

En el caso de que así sea, se atenderá al paciente en la consulta y se valorará si:

Presenta **criterios de ingreso hospitalario**. En este caso, se solicitará al **CICU** el traslado del paciente al hospital.

Si el paciente no necesita ser ingresado, tras la atención en el CAP, se continuará el tratamiento en su domicilio.

El paciente no presenta ni síntomas de alarma ni afectación del estado general, pero tiene **enfermedades crónicas**: además de atenderlo en la consulta, se le incluirá en el seguimiento telefónico desde su domicilio.

Si el paciente no presenta ninguna de las situaciones anteriores, se valorará si cumple los criterios para el seguimiento telefónico de su proceso o sólo precisa de recomendaciones para su autocuidado en domicilio.

11. Procedimiento de actuación ante un paciente que realiza una llamada al CICU

El teleoperador del CICU recibe la llamada de un paciente que refiere **fiebre y tos**, poniéndose

en marcha el triaje telefónico.

Se pueden producir varias situaciones:

-Si el paciente **presenta síntomas de alarma**, se ha de considerar su traslado al hospital, y la necesidad de un transporte sanitario asistido o no asistido. En el caso de que sea trasladado con un transporte no asistido, en el triaje presencial del Hospital se decidirá si necesita ser o no ingresado. En el caso de que no se ingrese, se comunicará al CAP la remisión del paciente para su seguimiento y control. Si existiese Enfermedad crónica Avanzada o Terminal, se valorará si la expectativa de vida es inferior a 6 meses, en cuyo caso será remitido a su domicilio para ser tratado con apoyo de Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) o, en su caso, del Equipo de Atención Primaria (EAP).

-Si el paciente no presenta síntomas de alarma, pero tiene **afectación del estado general**, también se valorará su traslado al hospital, actuando de igual manera que en el apartado anterior.

-Si el paciente no tiene síntomas de alarma ni afectación del estado general pero tiene alguna **enfermedad crónica**, se averiguará si puede o no desplazarse al CAP, para, según proceda, enviar un médico a su domicilio o pedirle que acuda él mismo al CAP, para valorar su necesidad de transporte sanitario para traslado al hospital, o bien, su inclusión en seguimiento telefónico.

-Si el paciente no presenta ninguna de las situaciones anteriores, se valorará si cumple los criterios para el seguimiento telefónico de su proceso o sólo precisa de recomendaciones para su autocuidado en domicilio.

12. Manejo clínico de un paciente que acude con Gripe al Hospital.

El presente documento tiene como objetivo describir las actuaciones clínicas que se deben llevar a cabo en el medio hospitalario en pacientes con gripe.

PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA PANDEMIA DE GRIPE PORCINA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. 28 ABRIL 2009

Las actuaciones propuestas pueden variar en función de la evolución de la pandemia y de las evidencias epidemiológicas que se vayan acumulando. Las recomendaciones de tratamiento con antivirales deberán revisarse y adaptarse en función del conocimiento científico que se genere.

Evaluación diagnóstica inicial

Como a todo paciente atendido en un hospital, se deberá realizar una historia clínica detallada que ayude a establecer el diagnóstico de síndrome gripal y que ayude a descartar otras enfermedades.

Debe incluir como mínimo:

1. **Edad.**
2. **Antecedentes personales.**
3. **Enfermedades previas.**
4. **Alergias a medicamentos.**
5. **Fecha de comienzo de los síntomas.**
6. **Fiebre y cronología.**
7. **Síntomas respiratorios, incluyendo disnea y tiempo de ésta.**
8. **Otros síntomas por aparatos y sistemas.**
9. **Medicamentos que haya tomado para el cuadro actual.**
10. **Exploración física por órganos y aparatos que incluya necesariamente:**

Temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, presión arterial, pulsioximetría, sensorio. Diuresis

Si insuficiencia respiratoria o hemodinámica, monitorización invasiva.

La evaluación diagnóstica inicial debe completarse con las siguientes exploraciones complementarias básicas:

1. **Analítica general.**
2. **Hemograma y recuento diferencial, velocidad de sedimentación (VCG), proteína C reactiva**
3. **(PCR).**
4. **Gasometría arterial inicial.**
Bioquímica: glucemia, creatininemia, uremia, natremia.
Pruebas de función hepática.
Pruebas de hemostasia.
Radiografía de tórax postero-anterior y lateral.
Cumplimentar encuesta epidemiológica (ver anexo a este documento).
Diagnóstico microbiológico

Se deben obtener una muestra de aspirado nasofaríngeo, o en su defecto, muestras de exudados nasal y faríngeo, y suero de la fase aguda y la fase convaleciente (a partir de los 14 días del inicio del cuadro clínico). para envío de muestras a los laboratorios de referencia para diagnóstico microbiológico del virus de la gripe A/H1N1

PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA PANDEMIA DE GRIPE PORCINA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. 28 ABRIL 2009

Junto con las anteriores debe tomarse muestras habituales para el diagnóstico microbiológico del síndrome que presente el paciente y que se realizarán en el mismo centro e incluyen:

Síndrome respiratorio:

Esputo o aspirado de muestras respiratorias para la determinación de tinción de Gram urgente y cultivo cuantitativo para bacterias.

Aspirado nasofaríngeo. En su defecto dos exudados de nasofaringe y dos exudados de orofaringe para la determinación de antígenos de los virus influenza A y B y del virus sincitial respiratorio.

Aspirado bronquial y lavado broncoalveolar, si la situación clínica del paciente lo permite, para detección de patógenos, incluyendo virus. En los pacientes ventilados mecánicamente por llevar una vía aérea artificial será más fácil acceder a este tipo de muestra..

Dos tandas de hemocultivos.

Suero con retractor del coágulo de fase aguda y a los 10-14 días.

Orina para determinación urgente de antígeno de neumococo y de Legionella.

Síndrome diarreico:

Una muestra de heces. Traslado por mensajería urgente al laboratorio de referencia.

Tratamiento

Medidas generales.

Soporte respiratorio con oxigenoterapia de alto flujo (Venti-Mask) o ventilación asistida, no invasiva o invasiva, según indiquen los estudios anteriores.

Fluidoterapia según la evaluación previa.

Soporte hemodinámico según la evaluación previa.

Nutrición según las necesidades.

Respecto a la ventilación mecánica no invasiva (VMNI):

- Utilizar ventilador de presión de soporte preferentemente con compensación de fugas.

- En general se recomienda utilizarla siempre que exista una PaO₂ inferior a 60 mm de mercurio, recibiendo el paciente concentraciones altas de oxígeno. En los pacientes EPOC, se utilizará preferiblemente cuando además exista una PaCO₂ superior a 45 mm de mercurio.

- Las contraindicaciones son: incapacidad para proteger la vía aérea (coma, tos deficiente o excesiva secreciones), hemorragia digestiva alta, infarto reciente, neumotorax recidivante o escasa colaboración paciente.

- La VMNI es una técnica que debe realizarse en Unidades de Cuidados Intensivos o Cuidados

PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA PANDEMIA DE GRIPE PORCINA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. 28 ABRIL 2009

Intermedios. Se necesita personal entrenado de enfermería y equipos adecuados, estos aspectos son básicos para éxito de VMNI. Los controles a aplicar son los mismos que en cualquier paciente con insuficiencia respiratoria aguda que requiera soporte ventilatorio.

Tratamiento antiviral.

Con los datos disponibles, a pesar de la falta de evidencia sobre su eficacia en el tratamiento de la gripe por el virus influenza A H1N1, el fármaco de elección es el oseltamivir. El tratamiento debe administrarse en las primeras 48 horas del inicio de síntomas.

La dosis recomendada para adultos es de 75 mg. vía oral, cada 12 horas y durante 5 días, comenzando inmediatamente tras la toma de muestras para estudios virológicos.

En el caso de los niños, se puede administrar a partir del año de edad, ajustando la dosis en función del peso corporal (2mg/Kg. cada 12 horas), resumido en la tabla siguiente.

Peso del niño Dosis

< 15 Kg. 30 mg/12 horas

15-23 Kg. 45 mg/12 h

24-40 Kg. 60 mg/12h

>40 Kg. 75 mg/12 h

También es preciso el ajuste de dosis en adultos con alteración renal grave (aclaramiento de creatinina < 30 ml/min).

El fármaco de elección, la dosis y duración del tratamiento podrán verse modificados por las evidencias científicas que a este respecto se puedan presentar durante la evolución de la fases de la pandemia.

La administración de los fármacos antivirales seguirá las recomendaciones establecidas en el Plan Nacional en cuanto a los grupos prioritarios para su administración.

Tratamiento antibacteriano

La aparición de neumonía bacteriana secundaria a la gripe suele aparecer tras 7-10 días de enfermedad, siendo más frecuente en personas mayores o con enfermedades debilitantes crónicas. Las etiologías fundamentales, pero no las únicas, son *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* y *Haemophilus influenzae*. Por ello, es necesario considerar su aparición si existen factores clínicos que lo sugieran.

Por otra parte, ante una neumonía grave, incluso en el contexto de una alerta pandémica o una pandemia es preciso considerar inicialmente otras etiologías frecuentes, entre las que se cuentan *S. pneumoniae* y *Legionella pneumophila*.

En base a todo ello, en pacientes con neumonía grave adquirida en la comunidad y mientras no se dispone del diagnóstico etiológico, se debe asociar al tratamiento terapia antimicrobiana de amplio, tal y como recomiendan las guías de práctica clínica elaboradas por las Sociedades Científicas. La pauta que incluye ceftriaxona

PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA PANDEMIA DE GRIPE PORCINA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. 28 ABRIL 2009

2 g/iv/24h o levofloxacino 500 mg/iv/24h puede ser adecuada en este contexto, en caso de neumonía que requiera ingreso en cuidados intensivos, se recomendaría una combinación de los dos antibióticos.

En niños puede utilizarse una cefalosporina de 3º generación, Cefotaxima o Ceftriaxona.

Uso de corticosteroides.

En la neumonía gripal primaria causada por el virus A/H1N1 la respuesta inflamatoria es la que desencadena la inflamación pulmonar y el posible síndrome del distress respiratorio del adulto.

En el caso de pacientes con neumonía grave adquirida en la comunidad y que ingresan en UCI, parece aconsejable el uso concomitante de corticosteroides a dosis bajas dado que han demostrado en estudios preliminares la disminución de la mortalidad y el aumento del cociente PaO₂/FiO₂. Por ello, en este tipo de pacientes se considerará la administración precoz de hidrocortisona en un bolo de 200 mg. intravenoso, seguida de perfusión continuada de 10 mg./hora, durante 7 días. Es aconsejable monitorizar la respuesta a los corticoides mediante la determinación secuencial de proteína C reactiva en suero.

Controles durante el tratamiento.

Cada 12 horas

Evaluación clínica general.

Temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, presión arterial, pulsioximetría, sensorio.

Diuresis

Necesidad de soporte hemodinámico y ventilatorio.

Cada 24 horas en las primeras 72 horas:

Radiografía de tórax.

Evaluación de resultados microbiológicos.

Parámetros analíticos

Recoger muestras sangre y congelar para estudios de marcadores de inflamación: proteína C reactiva (PCR), procalcitonina (PCT), citocinas pro y antiinflamatorias.

A las 72 horas:

Evaluación de estabilidad de la neumonía.

Variables a analizar durante el seguimiento.

Con el fin de conocer mejor la entidad y su evolución es recomendable recoger las siguientes variables durante el seguimiento de pacientes atendidos con gripe A/H1N1:

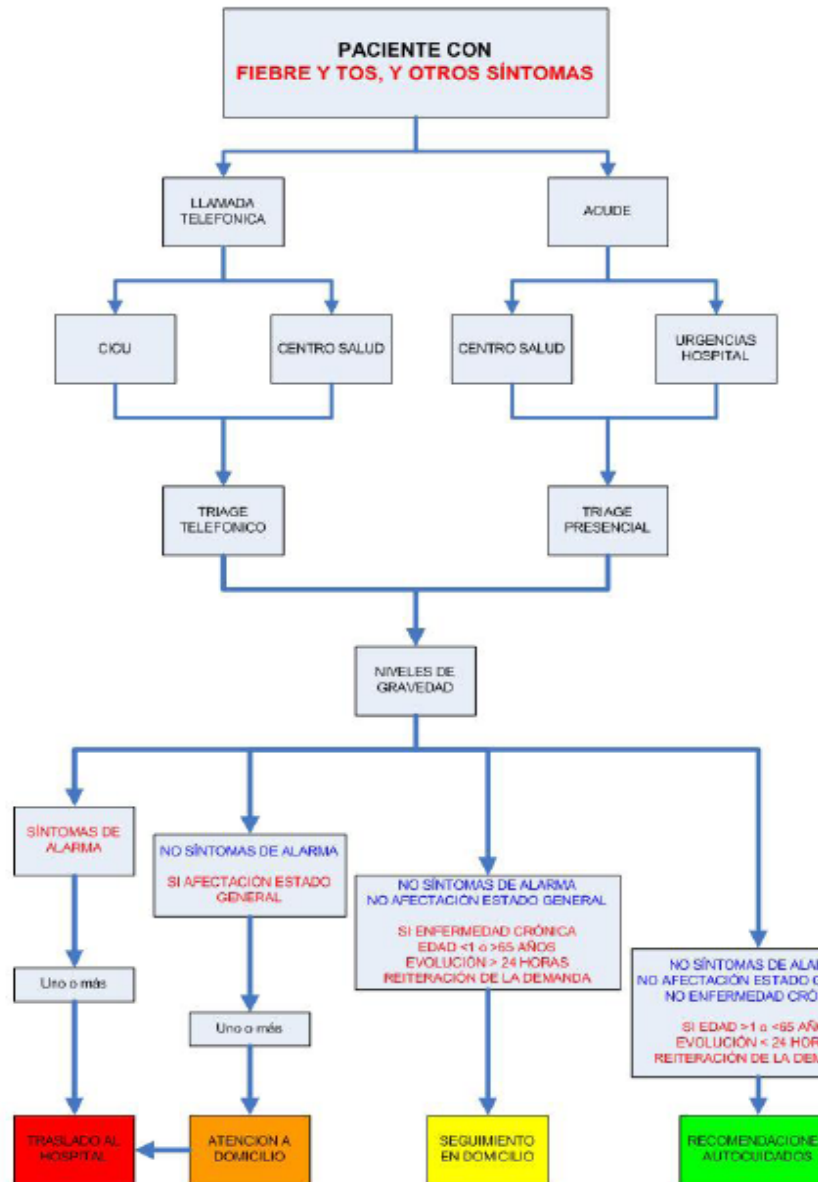
1. Días de apirexia.
2. Saturación de O₂; PaO₂/FiO₂ si está disponible.
3. Existencia de insuficiencia respiratoria.
4. Existencia de sepsis grave y shock séptico.
5. Existencia de fracaso multiorgánico.
6. Progresión radiológica de la neumonía a las 72 horas.
7. Tiempo para la mejoría radiológica (días).
8. Etiologías finales tanto primarias como complicativas.
9. Estancia hospitalaria.
10. Estancia en UCI, en su caso.
11. Mortalidad al alta.
12. Mortalidad a los 30 días.

CRITERIOS ESTABILIDAD CLINICA

1. Mejoría de síntomas y radiografía
2. Capacidad para la ingesta oral
3. Ausencia de fiebre (<37.2 °C)
4. Saturación de O₂ del 90%. En niños, del 92%
5. Frecuencia respiratoria < 24 r.p.m (respiraciones por minuto)
6. Frecuencia cardiaca < 100 latidos/min.
7. Tensión Arterial Sistólica > 90 mm. Hg. y
8. Ausencia de confusión mental
9. Comorbilidad estable

PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA PANDEMIA DE GRIPE PORCINA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. 28 ABRIL 2009

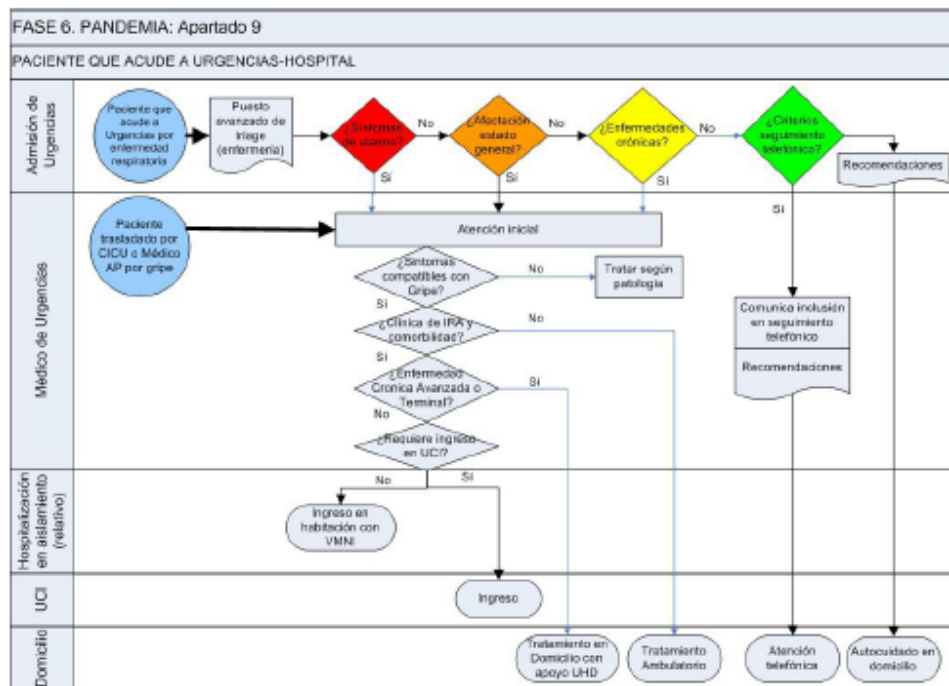
Esquema general de atención a los pacientes



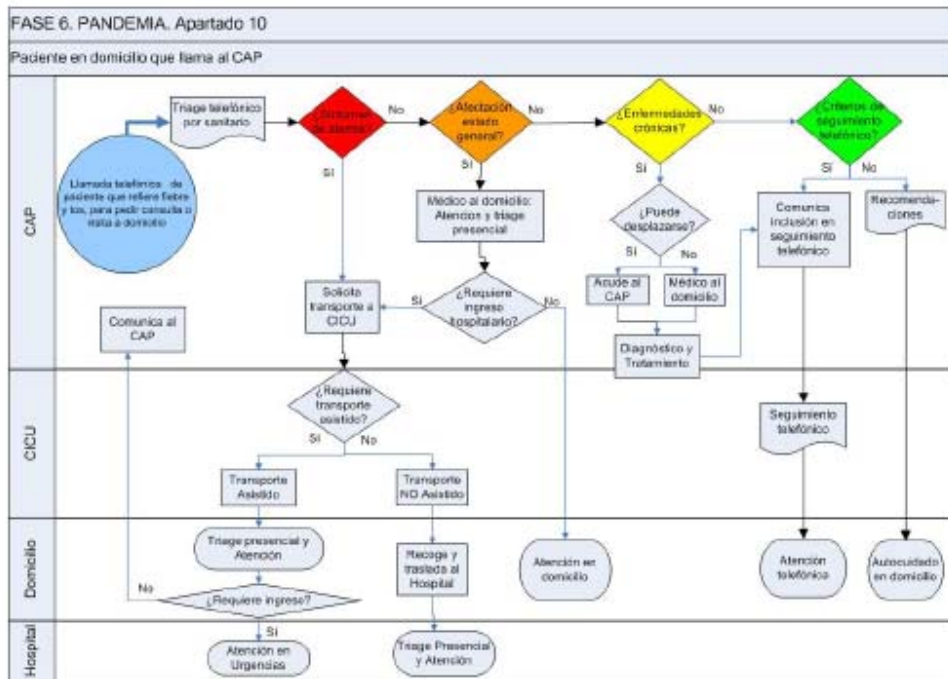
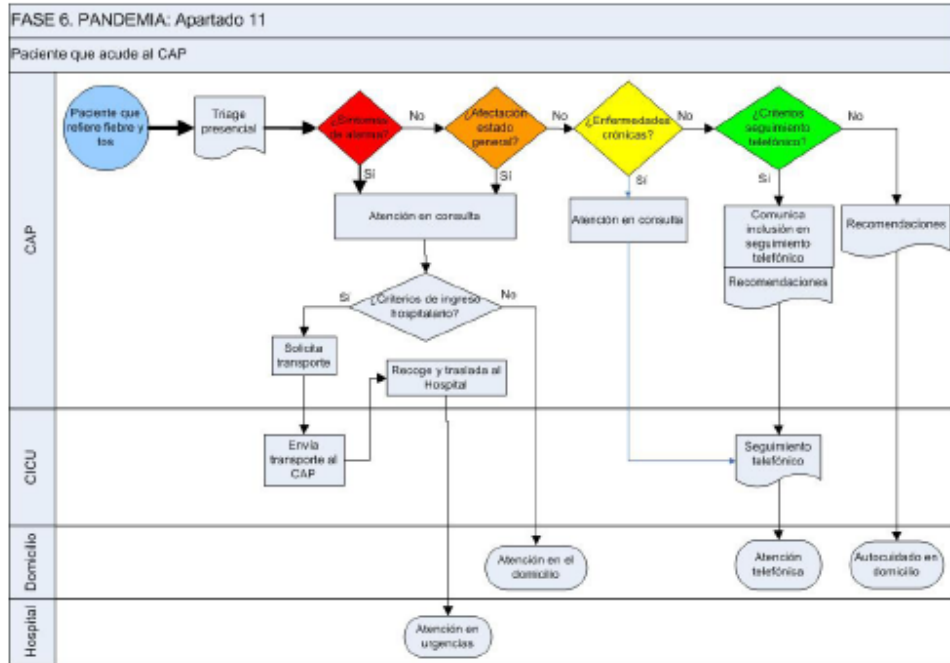
PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA PANDEMIA DE GRIPE PORCINA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. 28 ABRIL 2009

FASE 6. PANDEMIA: Apartado 7
LUGAR DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES SEGÚN LA EXTENSIÓN DE LA PANDEMIA

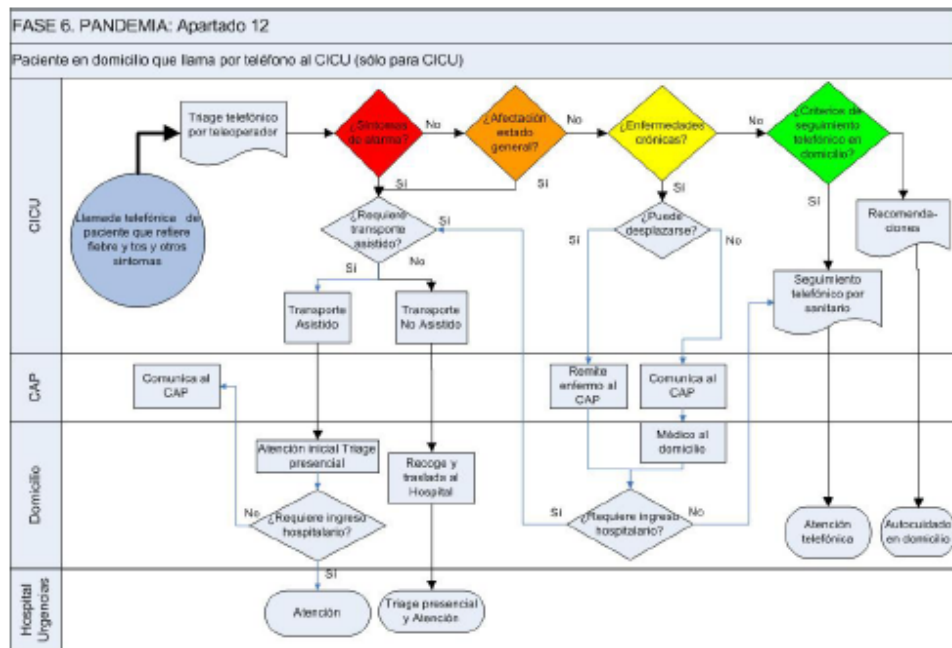
Extensión de la Pandemia	CENTRO ATENCIÓN PRIMARIA	DOMICILIO	HOSPITAL
Baja	GRIPE SIN COMPLICACIONES	GRIPE SIN COMPLICACIONES	SÍNTOMAS DE ALARMA AFECCIÓN DEL ESTADO GENERAL ENFERMEDADES CRÓNICAS
Media	GRIPE SIN COMPLICACIONES ENFERMEDADES CRÓNICAS	GRIPE SIN COMPLICACIONES ENFERMEDADES CRÓNICAS ALTA HOSPITALARIA PRECOZ SÍNTOMAS DE ALARMA Y DEBILIDAD	SÍNTOMAS DE ALARMA AFECCIÓN DEL ESTADO GENERAL
Alta	GRIPE SIN COMPLICACIONES ENFERMEDADES CRÓNICAS AFECCIÓN DEL ESTADO GENERAL	GRIPE SIN COMPLICACIONES ENFERMEDADES CRÓNICAS ALTA HOSPITALARIA PRECOZ AFECCIÓN DEL ESTADO GENERAL SÍNTOMAS DE ALARMA Y DEBILIDAD	SÍNTOMAS DE ALARMA



PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA PANDEMIA DE GRIPE PORCINA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. 28 ABRIL 2009

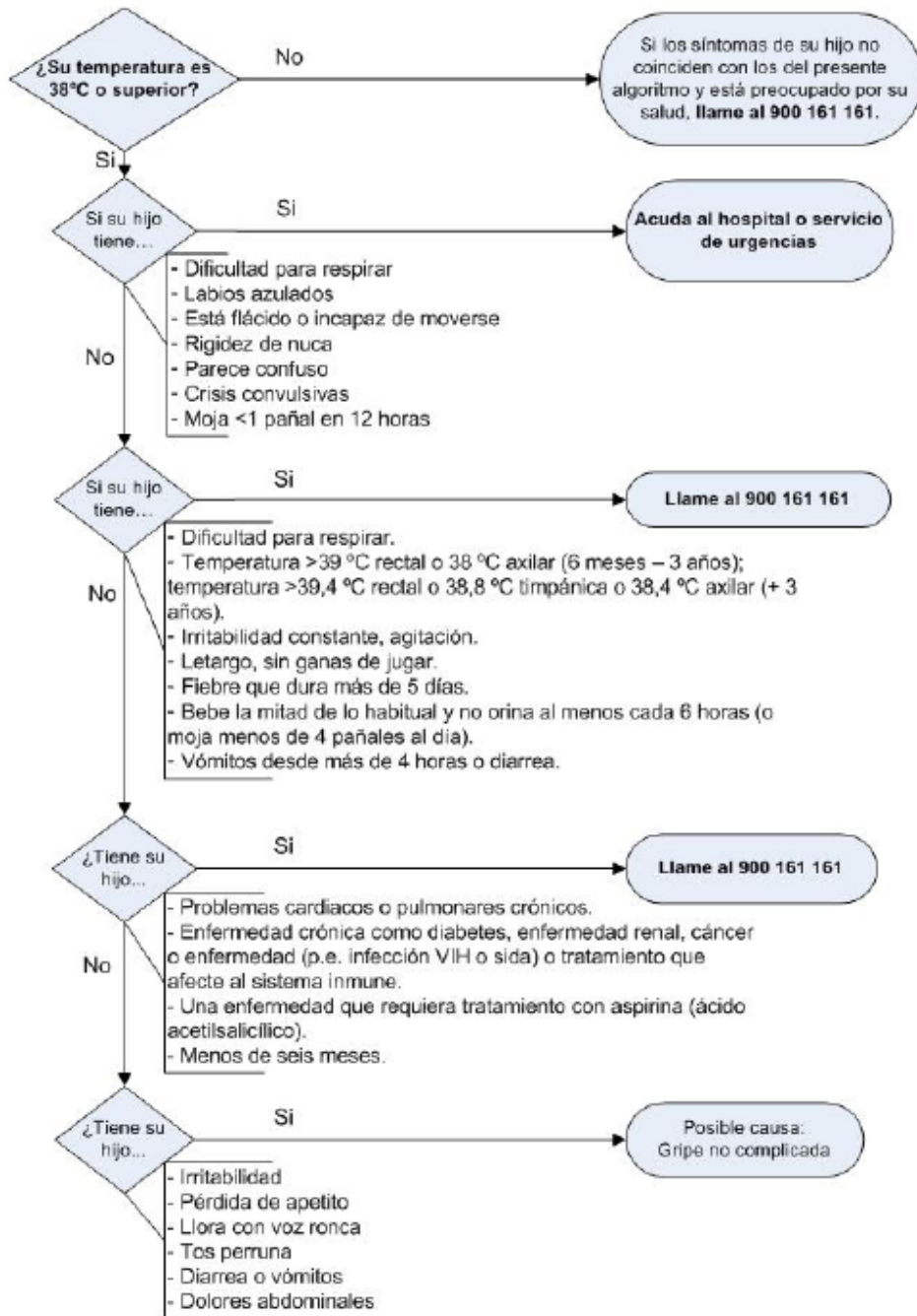


PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA PANDEMIA DE GRIPE PORCINA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. 28 ABRIL 2009



PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA PANDEMIA DE GRIPE PORCINA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. 28 ABRIL 2009

**Algoritmo para autocuidado en gripe.
Menores de 18 años**



PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA PANDEMIA DE GRIPE PORCINA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. 28 ABRIL 2009

**Algoritmo para autocuidado en gripe.
Mayores de 18 años**

