

Experiencia de Gestión en el Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez en el Marco de la Influenza H1N1

Dra. Laura Cordero

Subdirectora Médica Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez. GCABA

“Saber no es suficiente; tenemos que aplicarlo. Tener voluntad no es suficiente: tenemos que implementarla“ .Goethe

Introducción

El advenimiento de la Gripe A provocó un importante impacto en los sistemas de salud. Nuevamente - tal como ocurriera previamente con el SIDA - nos hemos visto en la necesidad de hacer frente a la atención de una patología cuyas características clínicas y epidemiológicas eran desconocidas por la comunidad médica, pero cuyos antecedentes en el mundo hacían presumir de una gravedad inusualmente elevada.

Las distintas estrategias utilizadas por los países afectados con anterioridad al nuestro (México, EEUU) así como las recomendaciones de la OPS para la asistencia en situación de pandemia, permitieron organizar técnicamente a nuestro Hospital. Ello permitió enfrentar una situación amenazadora que pudo desbordar a cualquier efector del sistemas de salud -incluyendo a nuestro Hospital – con el riesgo de fracasar en su capacidad de respuesta ante el nuevo reto.

Se describirá la estrategia aplicada para enfrentar situación.

Escenario Externo

La Gripe A se acompañó de un alto grado de incertidumbre con respecto a su potencial extensión así como la gravedad de su impacto individual y colectivo.

La accesibilidad de los medios de transporte y la ausencia de consenso internacional sobre las medidas preventivas de mayor impacto, hicieron prever una rápida llegada de la enfermedad a nuestra población. Pero no eran así de previsibles, su virulencia y penetración en nuestros habitantes, con características socio demográfico propias.

Los diferentes países y aún diferentes jurisdicciones dentro de aquellos, tomaron medidas que muchas veces fueron contradictorias (cancelación

de vuelos directos desde áreas epidémicas con permanencia de vuelos con escalas, cierre de aeropuertos pero no de fronteras terrestres o marítimas, suspensión de algunas tareas colectivas tales como las escolares pero con permanencia de actividades deportivas o artísticas, entre tantas otras) .Todo ello no hizo sino aumentar el grado de incertidumbre y extender la confusión percibida por la comunidad.

La información fue canalizada a través de voceros oficiales, pero también tuvieron alta participación los medios masivos de comunicación. Tal como era previsible, la confusión superó a la claridad conceptual en este aspecto.

En nuestro país, cierta discordancia entre las políticas nacionales con las del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, obligaron a rectificaciones permanentes en la gestión.

Escenario Interno

En el ámbito de nuestra Institución eran claramente percibidos el temor por inexperiencia de afrontar la asistencia en situación de pandemia, la duda sobre la toma oportuna de decisiones locales y la propia vulnerabilidad del equipo de salud ante la nueva cepa del virus.

Asimismo, el fantasma de la falta de recursos disponibles agravaron la inseguridad inicial.

Ello se tradujo en un alto grado de incertidumbre colectiva, situación dominante al comienzo de la epidemia.

Acciones

– Soporte Metodológico

Se tomó como marco teórico el contenido de las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud para la atención en situación de epidemia en sus diferentes fases aplicables instituciones de Segundo Nivel de Atención.

– Comité de Crisis

Se dio inmediata participación al Comité de Crisis que se reunió Ad Hoc para consensuar las tácticas y estrategias locales. La periodicidad de las reuniones

fue como mínimo diaria y fue constituido por especialistas de todas las áreas involucradas para el diseño de la planificación y atención.

Se analizaron las variables, se discutieron las estrategias y se crearon ámbitos de capacitación, revisión de procesos y evaluación de riesgos.

– Triage

Se implementó un sistema de Triage en la única entrada habilitada del Hospital, tarea que estuvo asignada exclusivamente al personal médico.

Su objetivo fue la restricción de ingreso no oportuno, organizando a los pacientes de modo de generar circulación única -apoyada por un refuerzo de señalética y el trabajo personalizado de las agentes de Orientación e Informes-.

Las acciones estuvieron destinadas a reducir el ingreso en los casos en los que el riesgo superaba al beneficio, ofreciendo alternativas de comunicación tales como toma de turnos o consultas telefónicas, postergación de controles no imprescindibles con alto grado de certeza del no incremento de riesgos en la población que solicitaba concurrir al Hospital en la forma habitual.

La decisión de haber convocado a personal médico permitió una adecuada contención evitando conflictos por la restricción de ingreso no oportuno. Esto fue garantizado por el hecho de que la evaluación de riesgo individual fue realizada por los profesionales más calificados para dicha tarea.

Hubo acontecimientos no previstos pero que se constituyeron en sucesos de enorme valor institucional: se generó un grado de compromiso superlativo con la gestión, se obtuvo información no conocida por parte de los profesionales que participaron en el Triage (servicios ofrecidos, modalidades de atención, prestaciones en curso, vías informales de comunicación). Todo ello provocó un incremento sustancial del sentido de pertenencia y compromiso que fue manifestado en las reuniones periódicas de evaluación.

Prueba de aquello fue la presencia voluntaria en la entrada del Hospital -para un óptimo Triage- de Jefes de Servicio y médicos más experimentados o calificados para esa tarea innovadora, venciendo prejuicios, inclemencias climáticas y aún soportando agobiadoras jornadas de trabajo. La tarea fue complementada con el entusiasmo y la creatividad de los más jóvenes que se integraron en forma óptima a la tarea que lideraron sus referentes.

– Consultorios de Febriles

En consonancia con las instrucciones recibidas del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires se pusieron en funcionamiento dos consultorios para la atención de pacientes febriles

los cuales se identificaron en la entrada del Hospital. Estos pacientes fueron provistos de barbijo y se direccionaron hacia los Consultorios correspondientes (Consultorio de Febril Adulto o Consultorio de Febril Pediátrico) sin permitir la permanencia en forma simultánea de pacientes que no se presentaron sintomáticos.

Allí se iniciaban las primeras acciones del proceso de atención correspondiente, de acuerdo a la evaluación inicial por parte del/los médico/s designados a tal efecto.

El Equipo de atención de Pacientes Febriles fue identificado en forma diaria, la información (que incluyó el teléfono celular de cada profesional) obró en poder de las autoridades del Hospital para permitir acceso directo a los protagonistas a los efectos de obtener cualquier aclaración, en caso de ser necesaria.

Se realizaron las tareas según la normativa interna elaborada por el Comité de Crisis las que fueron difundidas por canales de comunicación formal.

Los resultados de la aplicación de la mencionada normativa incluyó acciones derivadas de la condición clínica y abarcaron desde el alta sin tratamiento hasta la internación en área diferenciada o Unidad de Cuidados Intensivos.

Parte fundamental de la normativa incluyó el cumplimiento de las etapas de neto corte administrativo tales como registro y denuncia.

Se garantizó la articulación de servicios intra y extra hospitalarios (Laboratorio, Promoción y Protección, Dirección General de Epidemiología, SAME)

– Internación Diferenciada

La ausencia de Salas de Aislamiento Respiratorio adecuadamente equipadas constituyó una de las principales dificultades para resolver en forma oportuna.

Una Comisión de Expertos, junto con el Comité de Crisis y las Autoridades del Hospital, seleccionó una Sala recientemente remodelada (aunque no equipada para aislamiento en términos técnicamente estrictos) con habitaciones de dos camas y baño compartido para la internación de pacientes con sospecha de Gripe H1N1 que así lo requirieran. Tuvo gran peso en la elección de la Sala su provisión de Oxígeno, aire y aspiración por polductos.

Se designó al personal médico y de enfermería considerado de máxima capacitación para asistir a estos pacientes debiendo reasignarse camas y equipo profesional.

La puesta en práctica de una internación diferenciada tuvo como objetivo ofrecer los mejores recursos físicos -que permitieran se asistiese con el máximo de calidad por las características particulares de

los pacientes con presunción de Gripe A (oxígeno y aspiración central, habitaciones individuales, climatización central, llamadores con tablero centralizado) así como los recursos humanos más capacitados. Sin embargo, fue la medida que generó mayor resistencia inicial ya que puso en evidencia la necesidad de uno de los cambios más difíciles de implementar sobre la modalidad de atención que consiste en poner la mirada sobre la demanda y no sobre la oferta, es decir el servicio de salud adaptado al usuario y no éste adaptado a la oferta del servicio de salud.

Habíamos continuado con una imprevista aplicación de la estrategia de Cuidados Progresivos, ya iniciada en el Hospital con la creación de los Hospitales de Día de Oncohematología y Clínica Médica.

–Limitación de Actividades

Se suspendieron todas las actividades colectivas que implicaran aumento de riesgo (Clases, ateneos, docencia de pre y post grado, reuniones de trabajo reprogramables, talleres).

Se reprogramó toda la atención que en razón de la evaluación riesgo/beneficio, fuera beneficioso.

Se limitaron los horarios de visita así como el número de visitantes restringiéndose al mínimo posible

Se difirieron todas las actividades asistenciales que -previa evaluación del equipo de salud- fueran pasibles de ser reprogramadas sin riesgo para el paciente.

– Cambio en la comunicación

Fue necesario mejorar la comunicación generando vías formales de información institucional para evitar distorsiones de los mensajes.

Se realizaron tareas de comunicación local a cargo de los miembros del Comité de Crisis, de los profesionales del Servicio de Infectología y de las jefaturas de Departamentos.

Las comunicaciones de mayor importancia fueron emitidas en forma oral y escrita por las Máximas Autoridades del Hospital.

Fue socializada toda la información emanada del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad a través de las estructuras formales en forma oral (Reunión de Jefes de Departamento), escrita a través de la Subdirección Médica y por correo electrónico en los casos en los que ello fue posible.

– Escudamiento

Adhiriendo a la estrategia emanada del Ministerio de Trabajo de la Nación que, conocida como escudamiento, consistió en otorgar licencia a personal en

riesgo (embarazadas, portadores de enfermedades crónicas, oncológicas, inmunosuprimidos en general) se procedió a crear un proceso propio de evaluación para la toma de decisiones ante esta excepcional situación.

Con el objetivo de definir las situaciones de riesgo se creó una Comisión de Expertos Evaluadora de Riesgo que asesoró a las Autoridades del Hospital.

La Comisión fue integrada por especialistas en Infectología, Oncología, Neumonología, Cardiología, Medicina Interna, Endocrinología y Terapia Intensiva. Su función fue evaluar la situación de riesgo a pedido del Departamento de Recursos Humanos.

– Elaboración de Indicadores

Con el objetivo de generar un tablero de comando para la gestión durante la pandemia se relevaron diariamente los siguientes indicadores:

Consumo diario de Barbijos (tela y 3M) total y por Servicio/Stock Barbijos

Consumo diario de Alcohol en Gel/Stock Alcohol Gel

Consumo diario Antiparras/ Stock antiparras

Comprimidos consumidos diariamente de Oseltamivir/Stock Oseltamivir

Camas Disponibles en Sala de Cuidados Intermedios

Camas Disponibles UTI

Pacientes con Sospecha o Confirmados Gripe A Internados/día

Pacientes con Sospecha o Confirmados Gripe A Ambulatorios/día

Pacientes con Sospecha o Confirmados Gripe A Internados/ Pacientes con Sospecha o Confirmados Gripe A ambulatorios

Respiradores disponibles

Ausentismo Global (Personal ausente/Personal total)

Personal con licencia ordinaria o escudamiento/Personal Total

Personal con Sospecha o Confirmados Gripe A/Personal Total

Mortalidad Gripe A/Casos Confirmados Gripe A

– Capacitación Local

A los efectos de minimizar las actividades concentradas se realizaron tareas de capacitación local que estuvieron a cargo de los miembros del Comité de Crisis y del Servicio de Infectología.

– Reconocimiento

La Subdirección médica elevó una felicitación y agradecimiento que se incorporó a los legajos personales del personal que se destacó en el contexto de la pandemia

Análisis FODA

Fortalezas

– Trabajo Inter y Multidisciplinario

En forma espontánea y estimulada por la necesidad de sumar esfuerzos para una óptima utilización de los recursos disponibles médicos, enfermeras, profesionales no médicos, administrativos, camilleros, personal de mantenimiento, telefonistas; en suma: la totalidad de la comunidad hospitalaria respondió favorablemente ante la propuesta de trabajos inter y multidisciplinarios.

Se minimizaron diferencias que pudieran corresponder a rango o escalafón para complementar conocimiento, habilidades y capacidades en función del mejor fin.

– Compromiso Equipo de Salud

Los aportes permanentes, la disposición favorable ante nuevas estrategias, la recreación de los procesos, el compañerismo y la solidaridad fueron elementos destacables y destacados en el equipo de salud.

Caben como ejemplos la participación de las Jefaturas en tareas asistenciales, la estoica aceptación de la sobrecarga en las tareas habituales o la elaboración de alcohol en gel por parte de los profesionales de Farmacia, con tiempo de dedicación generosamente aportado fuera del horario de trabajo. Todo ello en pos del bien común.

– Versatilidad

Ante los permanentes ajustes y correcciones sobre los procesos el personal respondió con facilidad y responsabilidad en la adaptación.

Reconocidas las dificultades el propio equipo realizó tareas de fortalecimiento.

– Insumos Oportunos

No se registraron faltantes para la atención de los pacientes, los elementos de barrera y de bioseguridad se vieron garantizados.

Los antivirales estuvieron disponibles tanto para el uso intrahospitalario como para las Instituciones privadas que derivaron sus pacientes para la provisión de los mismos

El seguimiento a través de indicadores así como la normatización de su uso, permitió una adecuada utilización de los elementos de protección de barrera

– Sentido de Pertenencia Institucional

El personal de salud respondió ante la pandemia con orgullo de participar en el proceso del cual salió holgadamente airoso. El “Álvarez” fue un todo durante la crisis.

– Rápida adaptación a la Emergencia

La ausencia de experiencias anteriores provocó

resquemores que rápidamente desaparecían en la gente más comprometida y que asumió roles de liderazgo para que el equipo en pleno se adaptara rápidamente al nuevo escenario.

Debilidades

– Estructura Física Inadecuada

Los Consultorios de Febriles (adulto y pediátrico) fueron montados en área correspondientes a la Guardia Externa. No se pudieron aislar de la circulación del resto de los pacientes que concurrían al Servicio mencionado por causas diferentes a la sospecha de Gripe A.

No se cuenta con Salas de Aislamiento adecuadamente equipadas, debilidad reiteradamente señalada y con necesidad de revisión urgente dado el impacto negativo sobre la calidad de la atención recibida por los usuarios de nuestra Institución.

– Recursos Humanos Insuficientes

El déficit de profesionales, llevado al límite en el caso de enfermería, provocó una evidente sobrecarga laboral con todas las connotaciones negativas que ello implica.

La sobrecarga en las tareas, asociada al alto grado de exposición pusieron en situación de mayor riesgo al equipo de salud. Ello hubiera sido menor si los recursos humanos fueran suficientes para atender las necesidades institucionales.

– Señalética defectuosa, Circulación Anárquica

Durante la pandemia se puso en evidencia la ausencia de una estrategia adecuada con respecto a la circulación de personal e ingresantes al Hospital en General.

No fueron planificadas acciones adecuadas para la atención en situaciones extraordinarias como la planteada y durante la misma se puso en evidencia la existencia de una señalética deficitaria tanto en cantidad como en calidad.

La Comunicación Institucional careció de la velocidad adecuada y no se contaban con recursos materiales ni humanos para poner en marcha mecanismos de comunicación interna visual (carteles, notificaciones, folletos, instructivos, impresos) o verbal.

– Actividades Institucionales no Registradas

La ausencia de registro de la totalidad de las actividades realizadas por el equipo de salud con anterioridad a la pandemia, hizo subestimar la cantidad de personas que habitualmente concurren para su atención en la Institución.

Se vivieron situaciones de desborde en el ingreso como consecuencia de lo anteriormente descrito.

– Dificultades en la Comunicación

La pandemia nos encontró sin la red informática de conexión interna instalada con lo cual se perdió una enorme posibilidad de trabajar en forma integrada con todos los servicios, optimizando los tiempos y limitando los tiempos de exposición al riesgo al mínimo imprescindible.

Los traslados de servicios y equipo de salud, derivados de la reingeniería llevada a cabo para enfrentar la epidemia dificultó la comunicación entre los actores institucionales.

La enorme cantidad de información que se necesitaba comunicar dificultó la utilización de las redes formales con un inevitable incremento de distorsión en el contenido de los mensajes que se transmitían en forma desordenada y mediante redes informales.

– Capacitación Preventiva Deficiente

La epidemia demostró que la Institución no impulsó la capacitación preventiva para afrontar situaciones no habituales como la que se debía hacer frente.

La gestión ante la epidemia pudo haber sido menos dificultosa si se hubieran empleado estrategias de entrenamiento del equipo de salud.

Amenazas

– Imposibilidad de enfrentar futuros eventos
Recursos Físicos

Las estructuras físicas deterioradas por el tiempo requieren trabajos permanentes para su mantenimiento. Los intervalos entre las reparaciones son cada vez más cortos.

La obsolescencia de las redes para provisión de los servicios básicos como gas, electricidad o cloacas impide planificar estratégicamente con bajo grado de incertidumbre.

A modo de ejemplo, la puesta en marcha de la obra de tendido de gas no permitirá destinar un área diferente de la elegida en el 2009 para la instalación de los Consultorios de Pacientes Febriles en este invierno. La climatización con artefactos eléctricos pone en riesgo el funcionamiento de la red eléctrica que no está preparada aún para una sobrecarga imprevista.

La ausencia de medios alternativos para la agilización de los traslados (vehículos de transporte) dentro del Hospital dificulta la planificación de la circulación con mínimo de exposición.

La ausencia de Salas de Aislamiento impiden la implementación de la atención con los estándares de calidad acordes al conocimiento actual

– Recursos Humanos

El área crítica dentro del plantel profesional, en la asistencia de la pandemia, es la correspondiente a enfermería. Se ha sumado a la ausencia de nombramientos derivados de situaciones ajenas a nuestro Hospital, el decrecimiento por jubilación o fallecimiento. Como resultado de ello, la cantidad de personal profesional será insuficiente para la asistencia si se incrementa la demanda

– Involución de la Actividad Institucional

La aplicación de los recursos para la asistencia en epidemias puede impedir que se concreten las actividades de docencia planificadas (Cursos, Docencia pre y posgrado, Talleres) así como de investigación.

Se pueden ver disminuidas las tareas inter o multidisciplinarias que elevan la calidad de la atención (Ateneos, Recorridos de Sala, Reuniones, Talleres)

La reprogramación de servicios asistenciales puede desalentar las tareas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud.

– Pérdida Progresiva de Calidad

La atención de lo urgente puede pauperizar los procesos, desviando los recursos materiales y humanos que garantizan habitualmente el alto nivel de calidad en los servicios ofrecidos, hacia la situación emergente.

El antecedente de funcionar con estándares menos ambiciosos puede bajar el umbral medio de aprobación en la gestión de servicios.

– Desvalorización de la Docencia

La reducción de actividades docentes puede distorsionar su importancia como valor medular de la Institución, desacelerando los procesos de capacitación/aplicación/verificación/ajuste que reflejan la interacción directa de las actividades docentes sobre las asistenciales.

– Desmotivación del equipo de Salud

Los recursos físicos y humanos insuficientes, la reiteración de escenarios deficitarios, la rigidez en los procesos, la falta de participación de parte de la comunidad hospitalaria, la ausencia de reconocimiento oportuno son situaciones que pueden desmotivar al equipo de salud.

– Fragmentación Institucional

El énfasis en la asistencia en situación de epidemia puede provocar una escisión dentro del equipo de salud, que perciba protagonismos que atentan contra la integración institucional.

Oportunidades

– Rediseño de los Canales de Comunicación Internos y Externos

Se encuentra en pleno desarrollo la conectividad entre los servicios, que permitirá una rápida comunicación dentro y fuera de la Institución.

La planificación de la conectividad integral para Mayo del 2010 se ha cumplido hasta el momento actual en los tiempos previstos.

La Comisión de Prensa elaboró un mailing intrahospitalario con las direcciones de correo electrónico particulares del personal y es la encargada de la comunicación escrita (Carteleras, Folletos, Revista) y oral.

–Implementación Capacitación Preventiva Oportuna e Innovadora

Se han puesto en marcha talleres de capacitación de capacitadores, con el objeto de difundir rápidamente en los lugares de trabajo los conocimientos necesarios para afrontar con las mejores herramientas las situaciones de excepción,

–Reformulación Valores Institucionales

El Hospital ha destinado históricamente poco recurso a la discusión interna de valores compartidos.

La comunidad hospitalaria ha creado redes informales agrupadas según sus afinidades, pero no se han intercambiado posiciones que permitan reforzar los valores arraigados en la Institución.

Luego de la evaluación de la experiencia vivida en el contexto de la pandemia, ha surgido la necesidad de definir los valores institucionales.

–Integración a un Proyecto Hospitalario Compartido en su Visión, Misión y Valores

Si bien los conceptos de visión, misión y valores son identificados por la Institución, no se han definido explícitamente.

Por ello, no se trabaja en su difusión a la totalidad de los miembros de la organización para el tránsito coherente de las acciones sobre los carriles trazados.

Nos encontramos ante un histórico desafío.

– Desarrollo Institucional Equilibrado

El Hospital se ha caracterizado por un desarrollo desigual de sus servicios, por fuera de un proyecto integral institucional.

Ello ha creado pequeñas instituciones dentro del Hospital con un progreso diferente y dependiente del impulso local. En muchas ocasiones aquel último, derivado de la visión de un Jefe o del acceso a recursos económicos de un servicio.

Todo lo anterior provocó un desmembra-

miento institucional en el que las oportunidades dependieron más de situaciones de contexto que de proyecto institucional.

Las oportunidades equitativas son una asignatura pendiente evidenciada en el curso de la epidemia.

Conclusiones

La experiencia de gestión en el curso de la Gripe A puso en evidencia el resurgimiento de la mística del Hospital Público en nuestra comunidad hospitalaria.

Nuevamente, los recursos humanos se destacaron a la hora de afrontar la situación de excepción emergiendo más que airosos ante el desafío que significó asistir en el contexto de una pandemia. El análisis de la situación ofrece oportunidades cuyo aprovechamiento dependerá fundamentalmente de mantener y aún incrementar la motivación del equipo de salud en pos de actuar con inteligencia, compromiso, celeridad, disciplina y creatividad para sumar las mejores voluntades al proyecto institucional del Hospital Álvarez

“Muchos de nuestros sueños parecen al principio imposibles, luego pueden parecer improbables, y luego, cuando nos comprometemos firmemente, se vuelven inevitables”.

Christopher Reeve