



Diseño del triage respiratorio COVID-19

Entrevistando a
Tania Colín Martínez

27 de mayo de 2020

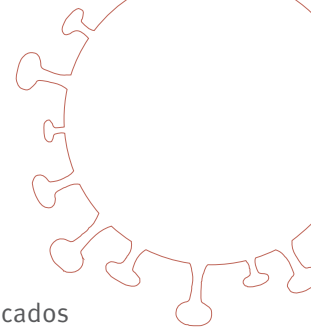
- » Urgencias médico-quirúrgicas
 - » Doctora en Alta Dirección
 - » Jefe de Admisión Continua, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social
-

Coordinadores

Diana Andrea Herrera Sánchez

Karen Lilian Rivera Alvarado
Residente

Servicio de Alergia e Inmunología Clínica,
Hospital de Especialidades,
Centro Médico Nacional Siglo XXI,
Instituto Mexicano del Seguro Social



1. ¿Qué es un triage respiratorio y qué elementos se deben tener en cuenta para su organización?

El triage respiratorio es una actividad que se realiza en un área física especial para seleccionar pacientes con síntomas respiratorios, clasificarlos de acuerdo con su grado de severidad y con ello, priorizar su atención médica. Debe considerarse como un proceso de gestión de riesgo clínico que cumpla con una prestación de servicio equitativo, eficiente y oportuno.

2. ¿Cómo se lleva a cabo el triage respiratorio de COVID-19 en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI? ¿Incluye la prueba confirmatoria de COVID-19 (RT-PCR)?

Nuestro triage respiratorio COVID-19 está ubicado en un espacio físico alejado del Servicio de Admisión Continua. Se inicia con la participación del personal de seguridad, el cual dirige a los pacientes según la demanda de atención. Se identifica a los pacientes que acuden por un problema de salud de alta especialidad y a quienes acuden por una patología respiratoria, en cuyo caso se les hace entrega de cubrebocas y son enviados al triage respiratorio COVID-19, constituido por personal médico y de enfermería, dedicado a la toma de signos vitales y al interrogatorio dirigido a los síntomas respiratorios, con el fin de delimitar su estado de gravedad y decidir cuál de las dos rutas va a tener el paciente: manejo ambulatorio o intrahospitalario. La toma de muestra para el estudio nasofaríngeo y faríngeo confirmatorio para COVID-19 está autorizado en todos los casos moderados y graves y en 10 % de los casos leves.

3. ¿El triage respiratorio COVID-19 del Hospital de Especialidades fue diseñado *ex profeso* o en qué recomendaciones se ha adecuado? ¿Cuándo se inició?

El triage respiratorio COVID-19 se trata de una reingeniería de proceso; es una revisión fundamental del manual de procedimiento del tercer nivel que existe desde hace varios años, pero que ha sido rediseñado de manera radical enfocándolo en la patología respiratoria. Gracias al soporte científico que

se tiene de otros países están identificados todos los signos y síntomas del paciente con potencial infección por SARS-CoV-2.

El triage respiratorio se inició el 28 de febrero, pero ha sido transformado conforme transcurre el tiempo. El algoritmo se ha adecuado a nuestra población y al sistema de salud mexicano, utilizando como soporte los estudios en población china y los lineamientos de los Centers for Disease Control y la Organización Mundial de la Salud.

4. ¿Se realizó capacitación para el personal de salud (enfermeras y médicos)?

Se diseñó un plan desde el 22 de enero y actualmente nuestro equipo de trabajo recibe capacitación y retroalimentación de los casos cada semana. Gracias a la información y capacitación no se han registrado brotes en el personal asignado a triage ni en admisión continua.

5. ¿Cuál es el equipamiento mínimo para el servicio de primer contacto de un hospital de tercer nivel que recibe pacientes con sospecha de COVID-19?

Existen cuatro líneas estratégicas de equipamiento:

- La primera está conformada por los recursos humanos de todas las categorías involucradas en el proceso de atención, tanto personal de la salud como administrativo; ante un escenario crítico, se llevará a cabo el desarrollo de equipos de alto rendimiento.
- La segunda implica los materiales biomédicos posibles (ventiladores, monitores con oximetría de pulso, termómetros infrarrojo, camas de terapia intensiva con presión alterna), así como equipos de cómputo e impresoras.
- La tercera incluye la disponibilidad de exámenes paraclínicos y estudios de gabinete que deberán considerarse en el contexto de COVID-19, desde estudios generales, reactivantes de fase aguda, dímero D, IL-6, ferritina, troponina, DHL, rayos X y tomografía simple; así como la toma de muestra para prueba confirmatoria por RT-PCR.
- La cuarta se refiere a la cadena de abastecimiento y suficiencia de los insumos ne-

cesarios para la higiene de manos (alcohol gel o jabón, agua y sanitas), la sanitización de las áreas de trabajo y el equipo de protección personal, para tres a cuatro meses de la fase epidémica.

6. ¿Cuáles serían las recomendaciones que daría a otros hospitales de tercer nivel de atención?

- Identificar sus alcances en cuanto a infraestructura (análisis de áreas físicas), recursos humanos y recursos materiales y considerar su viabilidad respecto a estos tres aspectos. No es lo mismo ¿puedo utilizar?, a ¿si es útil?
- Analizar los escenarios. Situarse en un escenario catastrófico implica el respaldo de un plan de contención de daños, qué hacer en caso de la ocupación total de camas o infección masiva del personal. En un escenario real es necesario preguntarse donde puede situarse el triage respiratorio. El escenario ideal es aquel que se va a planear y diseñar con base en los recursos disponibles.
- El diseño de un triage respiratorio deberá considerar el diseño de una planta arquitectónica, una filosofía Lean (enfoque corporativo que permita mejorar la eficiencia y la productividad de cara al futuro), utilización de la menor cantidad de recursos y de pasos por el personal de salud y la disposición de la mejor tecnología posible (*paperless*), sin perder de vista las facilidades para garantizar la sanitización.
- Considerar la capacidad de expansión interna y de reexpansión con la que se dispone. Es decir, los espacios destinados para determinados procesos, por lo que deberán realizarse modificaciones de acuerdo con las exigencias propias de la contingencia, es

decir, atenerse a un plan de contención de daños en caso de saturación del servicio.

- Estandarizar los procesos, es decir, alcanzar la eficiencia y replicabilidad, en miras de un desempeño a largo y mediano plazo, y a través del cual se permita una contención de costos y el uso regulado de los recursos. El éxito depende de la estandarización de los procesos.

7. En el caso particular del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, ¿en base a qué se decide el ingreso al área de hospitalización COVID-19 o a la unidad de cuidados intensivos? ¿Se ha establecido una meta de tiempo para dicho proceso?

En base a los discriminadores positivos, entendiendo como dato clínico pivote la saturación de oxígeno. Según la puntuación obtenida, los pacientes serán clasificados en verde (leve), amarillo (moderado) o rojo (grave). En el primer caso estamos frente a un paciente en condiciones de manejo ambulatorio; en el segundo, frente a un candidato a hospitalización en medicina interna; y en el tercero, con indicación de manejo en el área de choque del triage respiratorio COVID-19, inicio de manejo avanzado de vía aérea y tratamiento médico para COVID-19, el cual ha sido estandarizado por consenso de un grupo expertos. El traslado del paciente a hospitalización no tiene una meta de tiempo definida; lo que se busca es mantener el enfoque Lean en el proceso de atención, a fin de optimizar al máximo los recursos disponibles. Sin embargo, el tiempo promedio de ingreso de los casos graves es de aproximadamente cinco minutos y en los casos moderados, de menos de 300 minutos.