



Ministerio  
de Salud  
Pública

# Lineamientos de implementación del Plan de Contingencia del personal de salud para el Área de Cuidados Intensivos ante la emergencia sanitaria

Enero 2021



[msp.gub.uy](http://msp.gub.uy)

**Elaborado por:**

Comité de Crisis para Recursos Humanos

**Coordinador:**

Dr. Víctor Píriz

**Instituciones participantes:**

Ministerio de Salud Pública  
Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva  
Sociedad Uruguaya de Anestesiología  
Sociedad Uruguaya de Nefrología  
Sociedad Uruguaya de Emergentología  
Comisión Nacional de Enfermería  
Sindicato Médico del Uruguay

# Contenidos

---

Objetivos.....	<b>5</b>
Resultados esperados.....	<b>5</b>
Escenarios epidemiológicos.....	<b>5</b>
Estado de situación y monitoreo continuo.....	<b>6</b>
Recomendaciones para el Escenario.....	<b>8</b>
Dotación de personal en áreas de cuidados críticos.....	<b>8</b>
Aumentar la disponibilidad de médicos intensivistas titulados en las unidades de cuidados intensivos.....	<b>9</b>
Incorporar profesionales en el marco del Decreto N° 251/020.....	<b>9</b>
Incorporar profesionales de otras Especialidades.....	<b>10</b>
Otras recomendaciones en materia de dotación .....	<b>10</b>
Testeos del personal de salud.....	<b>10</b>
Otras recomendaciones para la gestión del personal.....	<b>10</b>
Gestión de la capacidad de los servicios de cuidados críticos.....	<b>11</b>
Monitoreo de cantidad de camas en CTI.....	<b>11</b>
Desarrollo de Planes de Contingencia por parte de cada Prestador.....	<b>12</b>
Mesa Nacional Coordinadora de cuidados críticos.....	<b>13</b>
Referencias bibliográficas.....	<b>14</b>

---

## Puntos Fundamentales

- El objetivo del presente documento es establecer los lineamientos estratégicos para la implementación del plan de contingencia en las áreas de cuidados intensivos frente al cambio hacia el segundo escenario. Asimismo, mantener el acceso a la atención de la salud de la totalidad de la población, con el menor contagio posible del personal de salud y optimizar los recursos existentes
- Se recomienda la implementación de un modelo de cuidados críticos COVID-19 liderado por intensivistas en áreas ya existentes como en las adaptadas o extramuros, con el beneficio preponderante de disminuir la mortalidad, tiempo de estancia y optimización de recursos.
- Se propone adoptar una estrategia incremental de la disponibilidad de personal en áreas de CTI de acuerdo con las necesidades del servicio. Para esto se plantean 3 posibles estrategias
  - Médicos intensivistas titulados en las unidades de cuidados intensivos. Procurar concentrar la carga horaria de los médicos intensivistas dentro de los CTI.
  - Profesionales en el marco del Decreto N°251/020. Residentes de medicina intensiva de adultos y pediátrica y anestesiología cursando el último año de Residencia. Anestesiólogos, siempre que se garantice la cobertura de cirugía de urgencia. Cardiólogos que ya trabajan en áreas críticas. Pediatras intensivistas. Internistas, cardiólogos nefrólogos y neurólogos que hayan cursado la Residencia en emergencias con cuidados intermedios. Estos profesionales deberán realizar previamente el curso de capacitación en cuidados críticos a cargo de la Cátedra de Medicina Intensiva de la UDELAR. El personal de enfermería que trabaja en block quirúrgico en las áreas de cuidados críticos. Personal de enfermería que se desempeña en cuidados moderados, como segunda opción, priorizando aquellos que tengan experiencia previa de trabajo en áreas críticas y haber completado la capacitación impartida por la CONAE.
- Los profesionales que se mencionan precedentemente con la colaboración de un médico intensivista o licenciado en enfermería especializada según corresponda y no excederán del 50% del personal total de estas áreas.
- Incorporar profesionales de otras especialidades. cardiólogos, internistas, nefrólogos, neumólogos y neurólogos en áreas de cuidados moderados, asistiendo a pacientes que requieran apoyo con oxigenoterapia e incluso con ventilación no invasiva.
- Asimismo, se recomienda incorporar licenciados en fisioterapia y neumocardiología que realizan actividad en áreas de ambulatorios en las áreas críticas.
- Se recomienda que las áreas de cuidados críticos cuenten con una cobertura continua de un equipo de nefrología con capacidad de realizar diálisis de agudos.
- Se recomienda la potenciación de la herramienta monitor de cuidados críticos del censo de recursos en medicina intensiva.
- Cada prestador deberá contar con un plan de contingencia que contemple el riesgo de afectación de la continuidad asistencial por la falta de disponibilidad de personal y/o la saturación de las unidades de cuidados críticos o moderados. Este plan deberá ser remitido al MSP.
- Se recomienda considerar la viabilidad de la extensión del funcionamiento de las áreas críticas para la internación de pacientes críticos NO COVID a las salas de recuperación anestésica, o incluso en algunos quirófanos.
- Se recomienda la creación de un Comité de Crisis institucional. Es deseable que se integre al mismo al jefe de la unidad de cuidados intensivos y al jefe del Departamento de Medicina Interna o a quien estos designen.
- Se debe garantizar el acceso a una cama de cuidados intensivos a todo paciente que tenga indicación de ingreso independientemente de su patología o prestador de origen.
- El MSP creó una Mesa Nacional Coordinadora de cuidados crítico en el ámbito de la JUNASA,

- integrada por representantes del MSP y de los prestadores que se enfoque en la gestión de estos recursos
- Se recomienda implementar una vía “exclusiva” o “vía rápida” de test diagnósticos para el personal de salud y en particular para las áreas críticas.
  - Se recomienda la implementación de un mecanismo de apoyo psicológico para el personal, conformado por profesionales especializados e idóneos (psicología médica).
  - Se recomienda la adopción de medidas activas por parte de las instituciones para evitar el contagio y el agotamiento físico y psíquico.
  - Se recomienda adecuar el régimen de licencia y la flexibilización del horario laboral, teniendo en cuenta las necesidades del servicio para asegurar la continuidad asistencial y el necesario descanso del personal.

## Objetivos

El objetivo del presente documento es establecer los lineamientos estratégicos para la implementación del plan de contingencia en las áreas de cuidados intensivos frente al cambio hacia el escenario 2. Pretende ser una guía de recomendaciones para la implementación de un modelo de cuidados críticos COVID-19 liderado por intensivistas en las áreas críticas ya existentes y en aquellas adaptadas o extramuros.

### 1. Resultados esperados

- Mantener el acceso a la atención de la salud de la totalidad de la población, con el menor contagio posible del personal de salud, optimizando los recursos existentes
- Generar una herramienta que fortalezca el Sistema de Salud y mitigue el impacto de la epidemia en el acceso a la atención.

### 2. Escenarios epidemiológicos

En el documento marco inicial, se definieron 3 escenarios epidemiológicos en base a las fases de la extensión de la epidemia.

#### Escenario 1

Epidemia controlada con baja tasa de transmisibilidad y adecuada capacidad de respuesta del sistema de salud.

#### Escenario 2

Epidemia en fase expansiva con capacidad de

respuesta límite del sistema de salud.

#### Escenario 3

Epidemia descontrolada con colapso de la capacidad de respuesta del sistema de salud.

Se considera como banderas rojas para el ingresar en el escenario 2 el incremento súbito de casos positivos de COVID obtenidos desde la base de datos del SINAIE.

El pasaje del Escenario 2 al 3 se define por:

- capacidad límite de asistencia de pacientes críticos,
- porcentaje de camas ocupadas mayor a 85% del total disponible en áreas críticas,
- porcentaje de camas ocupadas con pacientes COVID19 superior al 35% del total disponible en CTI.

Desde mediados del mes de diciembre de 2020 se constata un aumento sostenido de casos positivos, con una tasa de positividad superior al 10% promedio y un índice de Harvard superior a 20 con valores por encima de 35 en Montevideo en algunos días. Esto coloca a la mayoría del territorio nacional en zona de riesgo naranja y roja.

De acuerdo con los datos referidos anteriormente y a la estratificación en los posibles escenarios, se puede caracterizar la situación actual como Escenario 2, por lo que se hace necesario establecer los lineamientos de implementación del plan de

contingencia propuesto.

**4.Estado de situación y monitoreo continuo.**

La propia expansión de la pandemia en este escenario determina déficit de recursos humanos, fundamentalmente debido a las siguientes causas:

1. déficit de personal vinculado a la propia enfermedad, que en distintos países ha alcanzado entre un 10 y 12% del personal sanitario y es debido fundamentalmente a factores como cuarentena preventiva, convalecencia de la enfermedad o precaución por encontrarse dentro de grupo de riesgo,

2. déficit de personal por expansión de los servicios, que en nuestro país alcanzó a un 30% de la capacidad de camas de CTI,

3. déficit por otras causas como el burnout, problemas de movilidad y traslado, certificaciones por otras enfermedades asociadas, licencias o reducción horaria por cuidados.

Desde el MSP se cuenta con un sistema de monitoreo continuo y permanente del número de trabajadores cuarentenados y certificados que permite tener información de base para la planificación.

**En las siguientes tablas se resume la evolución de los datos monitoreados en el último período.**

Tabla 1 - Cantidad de trabajadores, testeados y test COVID positivo por categoría

Especialidad	Trabajadores	Testeados	Positivos	% testeados	% positivos / testeados	% positivos / trabajadores
Médicos	15.049	7.855	309	52,2%	3,9%	2,1%
Lic. Enfermería	4.664	2.415	116	51,8%	4,8%	2,5%
Aux. Enfermería	20.036	9.717	495	48,5%	5,1%	2,5%
Profesionales y técnicos no médicos	12.836	4.840	233	37,7%	4,8%	1,8%
Administración, servicios y oficios	28.556	10.067	524	35,3%	5,2%	1,8%
<b>Total</b>	<b>81.141</b>	<b>34.894</b>	<b>1.677</b>	<b>43,0%</b>	<b>4,8%</b>	<b>2,1%</b>

Fuente: informe sobre testeo de COVID19 en el personal de salud del SNIS. DEMPESA – 14/01/2021



Tabla 2 - Cantidad de trabajadores, testeados y test COVID positivo por departamento

Departamento	Trabajadores	Testeados	Positivos	% testeados	% positivos / testeados	% positivos / trabajadores
Montevideo	50.006	24.633	1.319	49,3%	5,4%	2,6%
Artigas	1.209	519	21	42,9%	4,0%	1,7%
Canelones	5.715	2.219	77	38,8%	3,5%	1,3%
Cerro Largo	1.570	745	18	47,5%	2,4%	1,1%
Colonia	2.500	609	15	24,4%	2,5%	0,6%
Durazno	956	198	9	20,7%	4,5%	0,9%
Flores	596	143	0	24,0%	0,0%	0,0%
Florida	1.399	382	12	27,3%	3,1%	0,9%
Lavalleja	1.259	322	14	25,6%	4,3%	1,1%
Maldonado	3.356	1.009	12	30,1%	1,2%	0,4%
Paysandú	2.313	365	8	15,8%	2,2%	0,3%
Río Negro	869	158	4	18,2%	2,5%	0,5%
Rivera	2.069	1.100	74	53,2%	6,7%	3,6%
Rocha	1.608	546	16	34,0%	2,9%	1,0%
Salto	1.678	544	11	32,4%	2,0%	0,7%
San José	2.379	1.055	22	44,3%	2,1%	0,9%
Soriano	1.729	484	7	28,0%	1,4%	0,4%
Tacuarembó	1.678	445	21	26,5%	4,7%	1,3%
Treinta y Tres	860	664	39	77,2%	5,9%	4,5%
Sin datos	334	112	6	33,5%	5,4%	1,8%
<b>Total</b>	<b>84.083</b>	<b>36.252</b>	<b>1.705</b>	<b>43,1%</b>	<b>4,7%</b>	<b>2,0%</b>

Fuente: informe sobre testeo de COVID19 en el personal de salud del SNIS. DEMPESA - 14/01/2021



## 5.Recomendaciones para el Escenario 2

Es necesario resaltar que no existe evidencia acerca de beneficios o riesgos que resultan de la gestión y aplicación de diversos modelos de atención de pacientes con COVID-19 en cuidados intensivos.

A partir de la experiencia de países como China, Italia, España, se identifican tres factores sensibles al momento de estructurar el modelo de atención que son el arquitectónico, de oferta/demanda (potencial y real) y los procesos prioritarios. Cualquier modelo debe procurar un equilibrio entre efectividad y seguridad.

La efectividad implica la adopción/adaptación de estándares de atención o de buena práctica, con decisiones basadas en criterios científicos, éticos y humanos y de optimización de los recursos. El apoyo de la práctica ética debe ser integrado e incentivado por las Instituciones al cuidado de la salud y al bienestar de la fuerza laboral en salud, reconociendo los desafíos especiales a que se enfrentan al responder al COVID-19.

La expansión de la capacidad del sistema de salud implica el desarrollo y la implementación de estrategias para gestionar eficazmente un incremento significativo del volumen de pacientes afectados por la COVID-19.

El liderazgo institucional es una función ineludible para la gestión de la crisis, ejerciendo un rol fundamental en la activación del mecanismo de respuesta de los prestadores de salud públicos y privados, mediante los mecanismos que hayan adoptado en base a su preparación, experiencia y aspectos de tipo normativo.

Los líderes tienen también el deber de guiar a los trabajadores de la salud que experimentan condiciones laborales exigentes, mayor riesgo de daños ocupacionales, incertidumbre ética y angustia moral durante la pandemia en la toma de decisiones frente a desafíos complejos que afectan a la fuerza laboral (carga moral y emocional o dificultades en la operatividad).

La toma de decisiones informadas y el establecimiento de objetivos claros para la respuesta en todos los niveles de la organización (estratégico, gestión, táctico/operativo), es un

aspecto clave para mejorar la coordinación tanto institucional como interinstitucional.

No existe un modelo ideal en circunstancias de pandemia (al igual que tampoco existe para cualquier otro tipo de desastre). Cada organización lo debe definir de acuerdo con sus particularidades y el entorno epidemiológico inmediato sin soslayar la exigencia normativa y las recomendaciones del MSP, manteniendo además los principios fundamentales de seguridad y efectividad. Dicho modelo debe ser socializado y de acuerdo con el nivel de riesgo ser informado a los pacientes y familiares pudiendo ser supervisado por la autoridad sanitaria para su fiscalización.

**Las medidas planteadas en el documento son recomendaciones para la gestión de los servicios que deberán ser tomadas en consideración y adaptadas de acuerdo a la realidad específica de cada uno.**

### 5.1.Dotación de personal en áreas de cuidados críticos

Se recomienda la implementación de un modelo de cuidados críticos COVID-19 liderado por intensivistas en las áreas ya existentes, así como en las adaptadas o extramuros, con el beneficio preponderante de disminuir la mortalidad, tiempo de estancia y optimización de recursos. Este especialista debe liderar y tomar todas las decisiones con respecto al cuidado de los pacientes críticos, incluyendo admisiones y egresos, pedidos de interconsulta, estándares de atención, gestión de la calidad y seguridad, gestión humana y ética, interacción con la familia.

Se estimulará asimismo la implementación de acciones de formación continua para mejorar capacidades y competencias del equipo de atención, investigación, control de conflictos, entre otras, en la medida que la exigencia asistencial lo permita.

El personal de enfermería, licenciadas de enfermería y auxiliares de enfermería de áreas de atención de cuidados moderados, deben tener instancias de formación continua y/o capacitación en atención COVID-19 en cuidados críticos, además de las recibidas por parte del programa Institucional de capacitación del MSP pudiendo ser complementadas por las propias Instituciones



lideradas por un intensivista, coordinador o titular del servicio o a partir de cursos respaldados por Instituciones académicas acreditadas a sugerencia de los mismos.

Se recomienda que las Instituciones adopten un modelo simulado de predicción para proyectar de manera anticipada las necesidades de recursos físicos, tecnológicos y humanos de cuidados críticos en las distintas fases de la pandemia por COVID-19.

Se propone adoptar una estrategia incremental de la disponibilidad de médicos en áreas de CTI de acuerdo con las necesidades de cada servicio y siguiendo los siguientes lineamientos de implementación que se detallan más adelante.

Cada dirección técnica de cada institución deberá resolver con un plazo razonable de antelación los profesionales que rotaran y el régimen de horario que los mismos deben realizar, en función de su situación contractual y/o de acuerdo con el profesional. En el caso del personal de enfermería que se detalla más adelante, su incorporación a las áreas de cuidados intensivos deberá comenzar a la brevedad posible de acuerdo a las previsiones y planificaciones de los respectivos Departamentos de Enfermería de cada institución.

La rotación debe incluir la asistencia tanto de pacientes polivalentes como de pacientes COVID + con la supervisión de intensivistas.

#### **5.1.1. Aumentar la disponibilidad de médicos intensivistas titulados en las unidades de cuidados intensivos.**

Se recomienda concentrar la carga horaria de los médicos intensivistas dentro de las unidades de cuidados intensivos, reduciendo lo máximo posible durante el período que dure la pandemia las restantes actividades que desarrollen los profesionales.

#### **5.1.2. Incorporar profesionales en el marco del Decreto N°251/020.**

El Decreto de referencia establece la habilitación provisoria, por excepción y durante la vigencia de la emergencia sanitaria, de médicos, licenciados de enfermería y auxiliares de enfermería, para incorporarse a las unidades de cuidados intensivos

de adultos polivalentes, que se encuentren comprendidos en una de las siguientes situaciones:

1. Residentes de medicina intensiva de adultos, medicina intensiva pediátrica y anestesiología, que estén cursando el último año de la residencia o ya la hayan concluido con el examen final del postgrado pendiente.
2. Anestesiólogos siempre que se garantice una dotación adecuada de anestesistas que asegure la cobertura de cirugía de urgencia y emergencia.
3. Cardiólogos que se desempeñan habitualmente en áreas de cuidados críticos cardiológicos.
4. Pediatras Intensivistas en dos escenarios posibles: 1) convocatoria a realizar guardias en las áreas de cuidados críticos de adultos y 2) asistencia de pacientes de hasta 21 años en las propias unidades pediátricas en la medida que se mantengan los bajos niveles de ocupación observados durante la pandemia.
5. Internistas, cardiólogos, nefrólogos y neurólogos que hayan cursado residencia o práctica urgencia/ emergencia con cuidados intermedios.
6. Personal de enfermería que trabaja en block quirúrgico.
7. Personal de enfermería que trabaje fuera de las áreas críticas y haya completado la capacitación en Asistencia Respiratoria Mecánica impartida por el MSP y la CONAE. Se recomienda priorizar aquellos que tengan experiencia previa de trabajo en las áreas críticas.

La incorporación de anestesiólogos y enfermería de block quirúrgico se hará utilizando la disponibilidad de horas que se generen por la disminución de la actividad quirúrgica de coordinación y horas asignadas a policlínica de valoración preoperatoria.

Se recomienda que la integración a las guardias de CTI se realice lo antes posible y en forma progresiva y rotatoria, a fin de adaptarse al modelo de trabajo de cada unidad en cada prestador.

En la medida que se requiera la convocatoria de personal de cuidados moderados en CTI, es necesario que se realice un monitoreo de la dotación en cuidados moderados para evitar que una disminución del personal en esta área repercuta negativamente en la calidad asistencial



de estos pacientes y aumente el flujo a cuidados intensivos.

Los profesionales médicos mencionados en los numerales 1 al 5, deberán realizar previamente los módulos teóricos del curso de capacitación en cuidados críticos que desarrollará la Cátedra de Medicina Intensiva de la UDELAR en la plataforma campus MSP/INEFOP en formato online, así como los módulos de práctica clínica en áreas de cuidados críticos de los diferentes prestadores.

Los profesionales que se mencionan deben ejercer bajo la colaboración de un médico intensivista o licenciado en enfermería especializada según corresponda. Asimismo, no pueden representar más del 50% del personal total de las unidades.<sup>1</sup>

### **5.1.3. Incorporar profesionales de otras Especialidades.**

La incorporación de cardiólogos, internistas, nefrólogos, neumólogos y neurólogos será necesaria, debido a que se prevé una sobrecarga de pacientes en áreas de cuidados moderados, los cuales se presentan con mayor gravedad que en situaciones habituales debido a las complicaciones evolutivas de esta enfermedad y a que muchos pacientes serán alta de cuidados intensivos e intermedios.

Estos profesionales pueden cumplir funciones asistenciales de pacientes que se encuentren en cuidados moderados, que requieran apoyo con oxigenoterapia e incluso con ventilación no invasiva.

### **5.1.4. Otras recomendaciones en materia de dotación**

Se recomienda la inclusión o ampliación de otras profesiones vinculadas al cuidado del paciente COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos: licenciados en fisioterapia y neumocardiología que pueden haber visto reducido su volumen de trabajo en otras áreas producto de la pandemia.

Existe un déficit en condiciones normales de estos técnicos en CTI, quienes cumplen una función fundamental en la recuperación de los pacientes críticos, más aún teniendo en cuenta los pacientes

con enfermedad COVID-19, los cuales requieren fisioterapia respiratoria y de recuperación funcional.

Por último, se recomienda que las áreas de cuidados críticos cuenten con una cobertura continua de un equipo de nefrología con capacidad de realizar diálisis de agudos dado el mayor requerimiento de tratamiento de sustitución de la función renal en los pacientes críticos con COVID-19.

## **5.2. Testeos del personal de salud**

La baja de recursos en áreas cerradas genera severas distorsiones en su funcionamiento, siendo en muchos casos, bajas inevitables, pero en otros se pueden evitar disminuyendo la demora en la realización de los hisopados y la obtención de sus resultados.

Se recomienda implementar una vía “exclusiva” o “vía rápida” de test diagnósticos para el personal de salud. Cada institución se debe hacer cargo de la realización del hisopado nasofaríngeo del trabajador que se vea afectado en la misma, con independencia del prestador al que se encuentre afiliado el trabajador. Asimismo, deberá gestionar la realización y obtención del resultado a la mayor brevedad posible.

## **5.3. Otras recomendaciones para la gestión del personal**

El personal de salud constituye el eslabón más valioso y débil de la cadena asistencial y estas características adquieren mayor trascendencia en situaciones de crisis que estresan a todo el Sistema de Salud, por lo que se requieren de la implementación de medidas activas que propendan al cuidado del recurso humano en salud.

El personal de cuidados intensivos se encuentra expuesto a sobrecarga emocional y agotamiento. Estas condiciones generan un aumento de ausentismo laboral y de conductas disruptivas. Se recomienda la implementación de un mecanismo de apoyo que intervenga en este sentido, conformado por profesionales especializados e idóneos, que se pueden incorporar para esta tarea (psicología médica).

<sup>1</sup> Decreto 251/2020.



Se recomienda la adopción de medidas activas por parte de las instituciones para evitar el contagio y el agotamiento físico y psíquico del personal de salud.

Las áreas de descanso y áreas comunes deben cumplir con un aforo de 30% y/o garantizar una separación de 2 metros radiales entre las personas o cuando esto no es posible, se deben implementar barreras físicas. La limpieza y desinfección de las áreas se debe realizar de acuerdo al procedimiento operativo estandarizado de la institución.

Se recomienda adecuar el régimen de licencia y la flexibilización del horario laboral, teniendo en cuenta las necesidades del servicio para asegurar la continuidad asistencial y el necesario descanso del personal.

#### **5.4.Gestión de la capacidad de los servicios de cuidados críticos.**

##### **5.4.1.Monitoreo de cantidad de camas en CTI**

El censo de recursos en medicina intensiva que inicialmente era realizado por el SINAIE y actualmente se encuentra en la órbita de la JUNASA es una herramienta fundamental e imprescindible para la gestión de la pandemia. Desde entonces se generó un ámbito de coordinación e intercambio que ha redundado en mejora de la información. El sistema abarca CTI, CI y Cuidados Moderados (éstos últimos limitados a las sedes que poseen CTI, por lo que hay un subregistro de este nivel de cuidados). Se discrimina en adultos, pediatría y neonatología. Se releva además la cantidad de respiradores disponibles, de los distintos tipos.

Dicha herramienta debe reflejar fielmente la realidad de la situación en las distintas UCIs del país, por lo que requiere una actualización periódica que actualmente es de 24 horas, con un reporte obligatorio de una serie de datos referidos a disponibilidad de camas y recursos. Este sistema no abarca datos epidemiológicos ni de pacientes, más allá de la discriminación en camas ocupadas por: COVID-19, otras infecciones respiratorias y demás patologías.

Se recomienda que estos datos sean aportados por el mismo personal que trabaja en las unidades de críticos y no por personal ajeno a las mismas, para lo cual cada prestador deberá asignar a 2

miembros del staff con responsabilidad asistencial como encargados de esta tarea.

Si bien actualmente el monitor incluye exclusivamente CTI polivalentes, es deseable tener herramientas para relevar también unidades especializadas (cirugía cardíaca, unidad de quemados) y las de cuidados intensivos pediátricos.

Cualquier evaluación que engloba en un único promedio la realidad asistencial nacional será poco sensible a los cambios regionales. Los fenómenos de saturación de capacidades en CTI pueden darse en una capital departamental y no en otra o incluso en un prestador específico.

Por este motivo se recomienda contar con un monitoreo continuo para detectar, al menos a nivel departamental, la capacidad asistencial en función de un conjunto de variables que exceden al conteo básico de camas libres en CTI. Así, la activación de planes de contingencia y sus respectivas fases pueden ser razonablemente anticipados y programados con suficiente previsión.

Como forma de operativizar este seguimiento se propone la elaboración de una evaluación simplificada de los aspectos fundamentales que permiten establecer la alerta frente a un deterioro de la capacidad asistencial.

Esta herramienta de aproximación al diagnóstico de situación pretende aportar información rápida que contribuya a la toma de decisiones y no impide que se desarrollen otras plataformas más complejas que permitan análisis estadísticos y poblacionales más sofisticados.



VARIABLES								
OCUPACIÓN DE CAMAS			DISPONIBILIDAD DE RRHH			GESTIÓN DE OTROS RECURSOS		
CTI Total (%)	CTI COVID (%)	CTI Camas Extra	Au/Cert Cuarentena (%)	RRHH Extra	Nefro (HD)	Stock EPP	Test COVID <24 hs	Traslado
50	10	SI	10	SI	SI	SI	SI	SI
70	20	NO	15	NO	NO	NO	NO	NO
85	35	NO	>15	NO	NO	NO	NO	NO

*Referencias:*

**CTI TOTAL (%)** = porcentaje de camas ocupadas del total disponible de CTI

**CTI COVID (%)** = porcentaje de camas ocupadas con pacientes COVID-19 del total disponible de CTI

**CTI Camas Extra** = capacidad de aumentar la cantidad de camas CTI (total o COVID19) en 24 horas

**Au/Cert/Cuarentena** = porcentaje de integrantes del equipo sanitario fuera de servicio por ausencia, certificación o cuarentena al momento de la evaluación.

**RRHH Extra** = capacidad de convocar nuevo personal en las próximas 24 horas para cubrir demanda asistencial

**Nefro (HD)** = capacidad de asistencia nefrológica en CTI (contando presencia de nefrólogo y capacidad de hemodiálisis de agudo)

**Stock EPP** = disponibilidad de Equipos Protección Personal para asistencia a pacientes COVID-19 Test COVID < 24hs = capacidad de diagnóstico COVID-19 (HNF o test antigénico) en menos de 24 horas

**Traslado** = capacidad de transferencia de pacientes COVID-19 fuera del prestador para continuar asistencia en caso de saturación.

La presencia de un indicador en color amarillo, indica la activación del plan de contingencia institucional. La aparición de un indicador rojo demanda la realización de una alerta al sistema de gestión centralizado de camas.

#### 5.4.2. Desarrollo de Planes de Contingencia por parte de cada Prestador

Cada prestador deberá contar con un plan de contingencia que contemple el riesgo de afectación de la continuidad asistencial por la falta de disponibilidad de personal y/o la saturación de las unidades de cuidados críticos o moderados. Este plan deberá ser remitido al MSP.

Se debe garantizar el acceso a una cama de cuidados intensivos a todo paciente que tenga indicación de ingreso independientemente de su patología o prestador de origen.

En el caso de haberse alcanzado un agotamiento de la capacidad de ampliación de las actuales áreas de CTI, se recomienda considerar la viabilidad

de la extensión de las áreas críticas para la internación de pacientes críticos NO COVID a las salas de recuperación anestésica, o incluso en algunos quirófanos. Estas salas cuentan con una infraestructura similar a la que poseen las UCI y muchas de las máquinas de anestesia que se utilizan en block quirúrgico para ventilar pacientes durante la cirugía, pueden utilizarse para ventilación prolongada de acuerdo con las recomendaciones emitidas por la Sociedad de Anestesiología del Uruguay.

En aquellas instituciones que aún no lo hayan conformado se recomienda la creación de un Comité de Crisis institucional. Es deseable que se integre al mismo al jefe de la unidad de cuidados intensivos y al jefe del Departamento de Medicina Interna o a quien estos designen.



### **5.4.3. Mesa Nacional Coordinadora de cuidados críticos.**

En condiciones de sobredemanda, los pacientes críticos pueden ver demorado su ingreso a una unidad de cuidados intensivos con el consiguiente riesgo de deterioro en su estado de salud.

Con la finalidad de mitigar este riesgo, se debería considerar a todas las camas de medicina intensiva como parte de un sistema único en todo el territorio nacional. Esto posibilitaría la referencia y contrarreferencia entre prestadores ante situaciones de saturación de las unidades de cuidados especiales, a través de un proceso ágil,

que evite dilaciones por trámites burocráticos.

Con este objetivo el MSP creó una Mesa Nacional Coordinadora de cuidados críticos en el ámbito de la JUNASA, integrada por representantes del MSP y de los prestadores que se enfoque en la gestión de estos recursos, asegurando condiciones logísticas y financieras que permitan su implementación. Esta estructura está integrada por expertos en medicina intensiva y gestión y representantes de los prestadores públicos y privados, con la asesoría técnica de la Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva.



## Referencias bibliográficas

Informe del Equipo de Medicina Intensiva. Grupo de referentes Planificación salud, Asistencia y Prevención. Grupo GACH. Enero de 2021.

World Health Organization. (2019). Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza. World Health Organization, License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329438>

Sheikhbardsiri, H., Raeisi, AR, Nekoei-Moghadam, M., & Resaei, F. (2017). Surge Capacity of Hospitals in Emergencies and Disasters with a Preparedness Approach: A Systematic Review. *Disaster Med Public Health Prep*, 11(5), 612-620.

Organización Panamericana de la Salud. Lista de verificación de alistamiento para la respuesta a la COVID-19 en Hospitales. Documento provisional. Washington D.C. Febrero 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/instructivo-lista-verificacion-alistamiento-para-respuesta-al-covid-19-hospitales>

Organización Panamericana de la Salud. Marco de respuesta multiamenaza del sector de la salud. MRM. Washington, D. C.: OPS 2019. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/51498>

Plan de Contingencia para los Servicios de Medicina Intensiva frente a la pandemia COVID-19. [www.semiuc.org](http://www.semiuc.org) · [www.fepimcti.org](http://www.fepimcti.org) · [www.seeiuc.org](http://www.seeiuc.org)

Arias López MP. Recomendaciones para la preparación de las Unidades de Cuidados Intensivos ante la pandemia de COVID-19. *RATI*. 2020; Suplemento 1: p 12-20

Australian and New Zealand Intensive Care Society (2020) ANZICS COVID-19 Guidelines. Version 1. Melbourne: ANZICS.

Society of Critical Care Medicine. COVID-19 ICU Preparedness Checklist. . Disponible en <https://www.sccm.org/Disaster/COVID-19-ICU-Preparedness-Checklist>

Centers for Disease Control and Prevention. Interim Guidance for Healthcare Facilities: Preparing for Community Transmission of COVID-19 in the United States. 2020. Disponible en <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-hcf.html>

Kain T, Fowler R. Preparing intensive care for the next pandemic influenza. *Crit Care*. 2019 Oct 30;23(1):337. doi:10.1186/s13054-019-2616-1





**Dirección**  
Avda. 18 de Julio 1892.  
Montevideo, Uruguay.  
**Teléfono**  
1934



[msp.gub.uy](http://msp.gub.uy)