



Instrumento para evaluar el estado de preparación V2.0

El presente instrumento para evaluar el estado de preparación presenta información resumida de situaciones no críticas (principios de diseño, pruebas de apoyo disponibles o traducción de las normas aplicables) en combinación con documentos del ámbito federal emitidos durante la crisis de la COVID-19. El contenido se preparó con la aportación conjunta de profesionales capacitados y experimentados de los ámbitos de la arquitectura, el diseño, la ingeniería, la ciencia, la seguridad de la vida, la salud y las operaciones de instalaciones hospitalarias.

Todos los estados y territorios de los Estados Unidos deberían estar preparados para la llegada de pacientes con COVID-19. Todos los hospitales y centros de salud pública deben asegurarse de que en los lugares de asistencia alternativos, tanto en un recinto de atención médica como en entornos comunitarios, se pueda gestionar la atención de los pacientes durante una respuesta de salud pública ante una pandemia con el fin de:

- potenciar al máximo la preservación de la vida;
- reducir el riesgo de propagación de agentes patógenos, incluido el SARS-CoV-2, dentro de la instalación;
- identificar rápidamente a los pacientes que requieren observación y aislamiento y trasladar al paciente o pacientes a la instalación correcta sobre la base de las determinaciones de la organización sanitaria o de la autoridad de salud pública con jurisdicción;
- atender a un mayor número de pacientes con condiciones diversas en el contexto de un brote/epidemia/pandemia que se extiende;
- garantizar la vigilancia y la gestión de la seguridad continua de las operaciones diarias (24 horas al día, 7 días a la semana);
- abordar la diversidad étnica y la adecuación cultural, así como las poblaciones marginadas, rurales, sin hogar y con trastornos mentales o de comportamiento.

Descargo de responsabilidad: El presente documento se basa en la [Lista de verificación integral para la preparación de los hospitales ante la enfermedad del coronavirus 2019](#) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, adaptada para evaluar lugares de asistencia alternativos. Asimismo, el presente documento se preparó en un periodo de siete días de acción inmediata durante la "fase de alerta" de una respuesta a una pandemia (según la define el Programa Mundial de la OMS contra la Gripe respecto a la gestión de riesgos ante una pandemia de gripe). Este instrumento de evaluación es el resultado de la labor de un grupo de trabajo de respuesta a la COVID-19 del Instituto Americano de Arquitectos (*American Institute of Architects*) para educar e informar a arquitectos, profesionales de atención a la salud, profesionales de salud pública y autoridades con jurisdicción federal, estatal y/o local como parte de la respuesta a la pandemia emergente. Este material no pretende reemplazar las leyes, regulaciones o estándares profesionales aplicables existentes.

La lista de verificación no describe requisitos obligatorios, pero sí destaca áreas importantes a evaluar por parte de hospitales y organismos de salud pública en la selección de lugares de asistencia alternativos donde prestar cuidados y tratamiento a los pacientes con COVID-19, o que tengan capacidad de sobrecarga. El objetivo es identificar la reutilización adecuada y de rápida adaptación de los entornos ya construidos, como centros de convenciones, estadios deportivos, centros comunitarios, hoteles, residencias estudiantiles u otros espacios para su ocupación durante la pandemia.

Selección del edificio: sí o no

Si el edificio carece de alguno de estos componentes básicos de construcción, es poco probable que la instalación actual sea la adecuada para brindar cuidados a los pacientes durante una pandemia ya que no se podrá modificar rápidamente.

Antes de finalizar la selección del lugar o de los lugares, se deberían examinar todas las consideraciones para determinar su idoneidad a la hora de sustentar la prestación de cuidados a los pacientes previstos.

Edad: El lugar propuesto es un edificio relativamente nuevo, construido (o renovado) conforme a códigos contemporáneos (menos de 20 años de antigüedad).

Seguridad de la vida: Confirmar que el edificio cumple con los requisitos mínimos conforme al tipo de construcción y de evacuación según lo permitido por la autoridad con jurisdicción.

Superficie adecuada: Hay suficiente espacio para ajustarse a todas las necesidades de atención a los pacientes. (Evaluarlo según las consideraciones que se indican a continuación.)

Suministro de agua municipal: La calidad y la presión del agua sustentarán las operaciones clínicas seguras. (Evaluarlo según las consideraciones que se indican a continuación.)

Enchufes eléctricos: Hay un número suficiente de enchufes con toma de tierra para la seguridad de los pacientes y del personal. (Evaluarlo según las consideraciones que se indican a continuación.)

1.0 Condiciones generales para el uso del instrumento

1.1 Parámetros de referencia

Finalizado/
convenido

1.1.1 Autoridad operante

- Confirmar qué autoridades tienen jurisdicción (por ejemplo, hospitales locales o sistemas sanitarios; sistemas hospitalarios con convenios de interoperabilidad; departamentos de salud/salud pública federales, estatales o locales; Departamento de Defensa de los Estados Unidos, la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA), la Guardia Nacional y milicias estatales; u otras combinaciones)
- Confirmar si la autoridad puede cambiar durante el periodo de ocupación temporal

1.1.2 Funciones administrativas sanitarias clave

- Establecer una estructura de mando para operaciones de atención de salud in situ con el fin de administrar y coordinar las cuestiones médicas y las labores de atención al paciente, y apoyar adecuadamente esas labores
- Indicar y confirmar el apoyo a distancia necesario

1.1.3 Gerencia según la instalación

- Establecer la estructura administrativa según la instalación para vigilar, mantener o administrar:

- las tecnologías de la información y las comunicaciones
 - la cadena de suministro
 - la posibilidad de peligro de incendio
 - el funcionamiento del equipo de climatización (HVAC) permanente y portátil
 - el suministro de gas médico (aire quirúrgico y oxígeno)
 - los protocolos para evitar infecciones
 - los residuos biopeligrosos
- Elaborar procedimientos y administrar la evacuación y el traslado de pacientes y del personal durante situaciones de emergencia
 - Preparar mapas de salidas de emergencia y capacitar a los ocupantes en procedimientos de seguridad de la vida específicos para cada instalación

1.1.4 Gestión de riesgos

- Determinar la autoridad del operador local para actuar en el mejor interés de los pacientes bajo su cuidado, evaluar el riesgo para los pacientes, priorizar los cuidados, asignar todos los recursos locales y ajustar el rumbo según sea necesario
- Realizar y mantener actualizada una evaluación de riesgos de seguridad de la instalación (incluyendo el control de infecciones, la seguridad, la seguridad de los medicamentos, la prevención de infecciones, el manejo de pacientes y la posibilidad de lesiones asociadas con el comportamiento y la salud mental)
- Cumplir con las leyes federales, estatales y locales (por ejemplo, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades [ADA], la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud [HIPPA], la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional [OSHA]) al mismo tiempo que se garantiza la seguridad de la vida del paciente. (Las condiciones pueden diferir de las estrategias empleadas en la atención no pandémica.)
- Confirmar con la autoridad con jurisdicción y el cuerpo de bomberos local si es necesario vigilar la posibilidad de incendios las 24 horas del día, 7 días a la semana, debido a las deficiencias en la seguridad de los edificios y de las alarmas contra incendios.

1.1.5 Apoyo profesional para la selección y establecimiento de lugares de asistencia alternativos

- Implicar a arquitectos e ingenieros con licencias, formación y experiencia en el ámbito de la salud, así como a profesionales del diseño familiarizados con el tipo de edificio de asistencia alternativo que se esté considerando

1.2 Recursos temporales

- Confirmar si también se le exigirá al operador que provea personal médico temporal, un generador eléctrico, equipo de climatización (HVAC) adicional, producción de gas modular, instalaciones con duchas, inodoros y lavabos, alojamiento para el personal, alimentos y suministros

1.3 Recomendaciones en curso

- Estas recomendaciones respaldan una solución a favor de una instalación de respuesta rápida, y cambian según lo justifiquen las condiciones y los antecedentes.

2.0 Requisitos funcionales

2.1 Concepto para el funcionamiento

Sí/Convenido

- Se identifica el nivel de cuidado de los pacientes como:
 - ambulatorio (capaz de cuidarse a sí mismo),
 - grave (incapaz de cuidarse a sí mismo),
 - crítico (por ejemplo, que necesita mantenimiento de las funciones vitales/ventilación mecánica).
- Se ha identificado el diagnóstico del paciente para su tratamiento:
 - COVID-19 positivo (COVID),
 - COVID-19 negativo (no COVID),
 - casos transitorios (por ejemplo, asintomáticos, personas bajo observación, posteriores al alta).
- Elaborar un plan para determinar dónde tendrán lugar tanto el diagnóstico como el tratamiento
- Elaborar un plan para proporcionar cuidados a pacientes con trastornos mentales y de comportamiento no esperados (por ejemplo, observación, áreas de diseño seguras, traslados)

2.2 Atención al paciente in situ

2.2.1 Selección del lugar/ubicación (ver también 2.2.6, 2.3.1)

- El lugar está situado muy cerca del personal de respuesta inmediata.
- El lugar está ubicado cerca de un hospital.
- Confirmar la disponibilidad de estacionamiento para el personal, las ambulancias, los servicios de entrega y los de recogida de deshechos

2.2.2 Aislar los procedimientos de COVID-19

- Los procedimientos relacionados con la COVID pueden estar separados de otras actividades en la instalación.
- Establecer un flujo unidireccional de pacientes, personal y materiales de limpio a contaminado
- Aislar los espacios de apoyo para el personal de los espacios de atención al paciente
- Establecer un plan para realizar cambios al tipo de atención que el paciente recibe durante el funcionamiento del lugar de asistencia alternativo

2.2.3 Se adecúa el espacio para pacientes para:

- un número proyectado de _____ ocupantes, con:
 - observación directa o a distancia de los pacientes,
 - privacidad de los pacientes,
 - la entrada de luz diurna en el espacio para pacientes (preferiblemente hay ventanas en las habitaciones de los pacientes),
 - uso del inodoro y las duchas por parte del paciente,
 - lavamanos para el personal,
 - espacio/conexiones para los respiradores, postes de infusión intravenosa, monitores, eliminación de riesgos biológicos, etc.
- Espacio para el carrito de almacenamiento y el contenedor de desechos (reciclaje) del equipo de protección personal disponible inmediatamente.
- Espacio para que el personal pueda ponerse y quitarse el equipo de protección personal en las áreas de atención al paciente con espacio para que el camarada de apoyo lo supervise (o a través de las observación por cámara).
- Zona segura para las pertenencias de los pacientes

2.2.4 Las áreas de trabajo de los equipos del personal de enfermería y médico necesitan disponer de:

- un espacio de documentación para médicos y personal de enfermería,
- un espacio para la comunicación de los equipos de enfermería y médico,
- un carrito de reanimación cardiopulmonar,
- un lavamanos para el personal,

- un espacio para pruebas en el área de cuidados (por ejemplo, glucómetros, i-STAT, equipo de gasometría arterial),
- un anunciador de llamadas del personal de enfermería,
- monitores de vigilancia.

2.2.5 El apoyo al personal de enfermería necesita incluir:

- una sala de preparación de medicamentos (segura) o una unidad autónoma de dispensación con iluminación adecuada,
- área(s) de alimentación con fregadero, mostrador de preparación, refrigerador, máquina de hielo y estación de lavado de manos,
- sala(s) de materiales limpios,
- una sala donde guardar materiales sucios equipada con un fregadero y un mostrador de trabajo que se pueda limpiar,
- un cuarto para almacenar ropa limpia,
- un cuarto para almacenar equipo y materiales,
- un cuarto para servicios ambientales,
- almacenamiento seguro para las pertenencias del personal,
- inodoros, lavabos y duchas para el personal,
- una zona de almacenamiento de equipo de protección personal en toda la instalación o unidad (protegida según sea necesario),
- descontaminación y reparación de respiradores,
- una sala de descanso o zona de reposo con acceso a luz diurna (cuando sea posible),
- dormitorios para personal de guardia.

2.2.6 Admisión y alta

- Establecer el espacio necesario para los protocolos de seguridad
- Proporcionar un lugar cubierto para las ambulancias cuando traen a pacientes
- Adaptación para transportar a un paciente relacionado con un caso de enfermedad o muerte

2.2.7 Admisión y alta si se utiliza para pacientes sin cita previa

- Registro separado para pacientes sin cita previa o de paso en automóvil
- Área de evaluación cerrada, cubierta o de paso en automóvil (por ejemplo, para la toma de muestras y la evaluación)
- Salida separada para el paciente, alejada de la entrada

2.2.8 Final de la vida

- Dar acceso virtual a la familia (wi-fi adecuado)
- Proporcionar un área para visitas al final de la vida (conforme a las políticas y protocolos permitidos)
- Proporcionar una ventana con vista al exterior, si hay una disponible (si el paciente está consciente)

2.3 Apoyo general

2.3.1 El apoyo in situ necesita incluir:

- seguridad del lugar,
- entrada y salida separadas designadas para el personal, coherentes con la evaluación de riesgos de seguridad,
- recepción y logística,
- farmacia satélite y seguridad conexa,
- un laboratorio STAT (véase también el espacio para pruebas en el área de cuidados en el apartado 2.2.4 Apoyo al personal de enfermería),
- depósito de cadáveres (móvil, si fuera necesario),
- gestión de desechos normales y de riesgo biológico,
- sala limpia para la descontaminación de respiradores,
- entrega y distribución de alimentos.

2.3.2 Apoyo fuera de la instalación

- Si no se proporciona in situ, confirmar los acuerdos de gestión entre organizaciones para:
 - el procesamiento estéril,
 - el procesamiento de ropa blanca,
 - el almacenamiento de equipo y material general y de logística, laboratorio general,
 - la farmacia general,
 - el laboratorio,
 - el servicio de alimentación.

2.3.3 Gerencia

- Áreas de apoyo a la gerencia de la instalación

2.3.4 Área de apoyo al cuidador para descansar, aislarse o cuarentenarse

- Confirmar el lugar o los lugares de alojamiento in situ temporal (para personal médico, de enfermería y de apoyo)
 - Evaluar la posibilidad de contratar a hoteles del área o residencias estudiantiles cercanos
-

3.0 Modificaciones de las instalaciones necesarias en virtud del diseño y la construcción

3.1 Arquitectónicas

3.1.1 Tipo de construcción

- Evitar la construcción combustible
- Se prefiere: NFPA 101, Código de seguridad de la vida tipo II o mayor nivel de protección contra incendios y de seguridad de los ocupantes

3.1.2 Seguridad pasiva

- Confirmar si las escaleras permiten evacuar a los pacientes en una camilla de rescate, si los pacientes son incapaces de cuidarse ellos mismos
- Confirmar las vías de salida para la clasificación apropiada en materia de incendio y humo de los recintos
- Estudiar la compartimentación respecto de incendios y humo en función de la densidad de pacientes (especialmente si no hay o hay pocas salidas para el humo)
- Confirmar que los cuartos de almacenamiento general de >100 pies cuadrados y los cuartos de almacenamiento de oxígeno están clasificados para los incendios, incluyendo el cierre positivo
- Confirmar que como mínimo hay una salida horizontal
- Proporcionar como mínimo dos salidas por cada piso donde hay pacientes
- Señales de salida e iluminación de salida adecuadas

3.1.3 Protegerse in situ

- Cuando los pacientes no sean capaces de cuidarse de ellos mismos, evaluar los planes de seguridad de vida para protegerse in situ o elaborar un plan activo de seguridad vital basado en la operación del lugar

3.1.4 Geometría del edificio

- Confirmar la configuración (paredes, puertas, pasillos, etc.) para que el personal pueda mover fácilmente las camillas y el equipo médico

- Confirmar la visibilidad para que el personal mantenga las líneas de visión en las áreas de cuidado de los pacientes con el fin de vigilar activamente a los pacientes, así como para reducir el riesgo de incidentes de comportamiento (por ejemplo, fuga, agresión, en caso de comorbilidad de comportamiento o trastorno mental).

3.1.5 Partes del edificio

- Disponer de entradas o puertas para las habitaciones de pacientes que:
 - tengan ventanillas para observar desde fuera de la habitación,
 - contengan esporas en aerosol,
 - tengan suficiente espacio para la entrada y salida de equipos y camillas.
- Proporcionar acabados lavables y fáciles de limpiar en las áreas de los pacientes (evaluar quitar los acabados existentes, como revestimientos de paredes, cortinas y alfombras)
- Proporcionar suelos de superficie dura y antideslizante

3.1.6 Equipo y mobiliario

- Utilizar camas y sillas para pacientes que puedan ser desinfectadas
- Evaluar el espacio para el mobiliario y el equipo médico necesarios
- Sacar el equipo o el mobiliario que no se utilice directamente para el cuidado de los pacientes

3.1.7 Circulación

- Los ascensores deberían permitir al personal trasladar a un paciente en una camilla o, si es ambulatorio, en una silla de ruedas.
- Considerar la posibilidad de separar el tráfico de personal y de pacientes en los ascensores

3.2 Estructurales

- Confirmar que el sistema estructural existente puede soportar la carga estructural (activa) adicional a consecuencia del aumento en el número de ocupantes, equipo médico y cualquier equipo adicional ubicado en la azotea

3.3 Mecánicas

3.3.1 Aislamiento y presión negativa

- Si es necesario por cuestiones clínicas, hacer preparativos para disponer de una sala, zona o piso de presión negativa

- Si es posible y necesario por cuestiones clínicas, utilizar o crear salas de aislamiento para infecciones de transmisión aérea
- Cuando sea posible, ubicar el extractor del sistema de ventilación cerca de la cabeza del paciente
- Asegurar que los espacios contiguos están protegidos contra la contaminación cruzada

3.3.2 Cambios de aire y filtración

- Cuando sea posible, la preferencia es hacer 10 cambios de aire por hora, más 2 cambios de aire exterior.
- Cuando sea posible, la preferencia es la de utilizar filtros MERV 7 en las zonas donde hay pacientes y filtros finales MERV 14.

3.3.3 Probar y ajustar

- Realizar pruebas de posconstrucción o renovación y ajuste del sistema de climatización

3.3.4 Posibles limitaciones del sistema existente

- Considerar las unidades de pared y el extractor del baño respecto a su capacidad de extracción, filtración y tasas de cambio de aire existentes (Estas pueden verse afectadas por el tamaño de los conductos.)
- Considerar unidades para azoteas montadas con calefacción eléctrica para proporcionar ventilación adicional
- Considerar la posibilidad de mejorar los sistemas de ventilación de los edificios (por ejemplo, ventiladores de mayor volumen) para mantener la presión negativa
- Evaluar los controles de humedad para proporcionar niveles de humedad óptimos para el cuidado y tratamiento eficaces de los pacientes
- Considerar la posibilidad de utilizar unidades de reciclaje del aire con filtración HEPA en las habitaciones de los pacientes

3.3.5 Control del humo

- Confirmar las capacidades del sistema de control de humo. Si no es posible, la cantidad de pacientes puede ser limitada.

3.4 Eléctricas

3.4.1 Electricidad

- Proporcionar circuitos eléctricos según las exigencias de los equipos ubicados donde estén los pacientes y el personal
- Confirmar la ubicación de las cajas eléctricas en los pisos para la distribución general de electricidad

3.4.2 Disponibilidad de electricidad derivada

- Confirmar que los circuitos derivados están disponibles para respaldar las operaciones de atención al paciente

3.4.3 Electricidad de emergencia

- En función de las necesidades de los pacientes (es decir, ambulatorios o de cuidados intensivos), proporcionar circuitos de electricidad ininterrumpidos para cuidados intensivos y de seguridad de la vida para sustentar las zonas de atención al paciente durante al menos 24 horas para los servicios esenciales, entre ellos:
 - equipo médico de soporte vital y equipo y frigoríficos para el almacenamiento de medicamentos,
 - enchufes para el equipo médico en las áreas de atención al paciente y en las cabeceras,
 - sistema de llamada al personal de enfermería,
 - tecnología de la información (relativa a los pacientes, comunicación del equipo médico e infraestructura),
 - iluminación en las salidas,
 - sistema de alarma de incendios, ascensores, infraestructura de la tecnología de la información,
 - ascensores,
 - interruptor de transferencia automática.

3.4.4 Iluminación

- Proporcionar iluminación (lámparas herméticas) y lámparas portátiles de examen para apoyar la operación clínica
- Verificar la iluminación de emergencia para las salidas

3.5 Fontanería/gas médico

3.5.1 Gas médico

- Proporcionar adecuaciones para el oxígeno, el aire médico y la aspiración para sustentar la intubación y el funcionamiento de los respiradores para dar cabida a la alta demanda o total
- Confirmar la disponibilidad de espacio para tanques generadores de oxígeno modulares temporales, cuando sean necesarios
- Confirmar la disponibilidad de un contenedor de almacenamiento debidamente clasificado contra incendios o de una sala para el oxígeno embotellado
- Confirmar la disponibilidad de almacenamiento para tanques de oxígeno vacíos

3.5.2 Agua

- Proporcionar agua potable para respaldar la operación clínica. (Podría incluir la desinfección de la red de agua y del sistema de distribución de agua además de pruebas analíticas del edificio para confirmar que el sistema de gestión del agua es seguro para las operaciones de cuidados a los pacientes.)
- Si se exigiera, elaborar un plan para procesar el agua para la descontaminación o esterilización in situ
- Elaborar un plan para la gestión permanente del sistema de agua que incluya las descargas de inodoros, el control de la temperatura y los niveles de desinfectante residuales

3.6 Protección contra incendios/seguridad de la vida

- Confirmar las condiciones y expectativas de seguridad en caso de incendio y de la vida con las autoridades con jurisdicción locales
- Confirmar la presencia de un sistema de alarma contra incendios y su funcionamiento para apoyar la atención a los pacientes. Si no hay sistema de alarma contra incendios, reevaluar la idoneidad del edificio para la respuesta ante una pandemia, o instalar un sistema de alarma contra incendios
- Preferencia: Sistema de extinción de incendios totalmente automático
- Confirmar el suministro y el espaciamiento adecuados de los extintores de incendios

3.7 Comunicación

3.7.1 Tecnología de la información

- Confirmar la existencia de una infraestructura de la información segura que sea adecuada o instalarla para apoyar la atención a los pacientes, que incluya el cumplimiento de la HIPAA

3.7.2 Comunicación de los servicios médicos de emergencia

- Confirmar la existencia de un sistema de comunicación para servicios médicos de emergencia adecuado o instalarlo para apoyar la atención a los pacientes que cumpla con la seguridad de la HIPAA

3.7.3 Llamada al personal de enfermería o comunicación

- Confirmar la existencia de un sistema seguro adecuado para llamar al personal de enfermería o instalarlo para apoyar la atención a los pacientes (o un sistema similar de comunicación del paciente al personal de enfermería)
- Establecer un método para la comunicación del equipo médico (por ejemplo, móvil o inalámbrico)

3.7.4 Alarma contra incendios

- Confirmar la existencia de un sistema de alarma contra incendios conectado a los equipos de emergencia locales o instalarlo
- Comprobar la disponibilidad de unidades de alarmas contra incendios con pulsadores palanca

3.7.5 Sistemas de seguridad

- Evaluar las necesidades en materia de seguridad y proporcionar un sistema de seguridad según corresponda (cámaras, monitores, detectores de movimiento, alarmas para puertas y ventanas, etc.)
- Considerar sistemas inalámbricos donde se necesiten

4.0 Observaciones adicionales

4.1 Grupos étnicamente diversos o marginados

- Examinar las necesidades de espacio para abordar la adecuación cultural
- Considerar la posibilidad de acomodar las prácticas espirituales y culturales específicas de la comunidad
- Considerar la accesibilidad de los lugares de asistencia alternativos y las opciones de transporte, y dentro o adyacentes a los complejos de viviendas públicas
- Proporcionar espacios dedicados a los trabajadores sociales y a los servicios de traducción de idiomas

4.2 Poblaciones de zonas rurales

- Considerar la accesibilidad y transporte a lugares de asistencia alternativos, evaluando los tiempos de conducción y las distancias
- Considerar la necesidad de transporte en helicóptero
- Considerar la necesidad de vivienda y alojamiento para el personal de salud y las familias de los pacientes
- Evaluar la necesidad de servicios de ambulancia para transportar a pacientes de mayor gravedad
- Comprobar los sistemas de comunicación (teléfonos móviles y repetidores para mejorar la comunicación inalámbrica)
- Comprobar que las necesidades de infraestructura crítica (alcantarillado, tanques sépticos, agua potable y electricidad) sean adecuadas para la demanda prevista

4.3 Poblaciones sin hogar y sin refugio

- Proporcionar lugares con baños y duchas ubicados cerca de la entrada
- Designar sitios donde guardar las pertenencias, bicicletas, etc.

4.4 Pacientes con trastornos mentales y de comportamiento

- De conformidad con la sección 1.1.4, realizar una evaluación de riesgos de seguridad de todos los lugares accesibles a posibles pacientes con trastornos mentales y de comportamiento a fin de evitar que se autolesionen y que lesionen a otros
- Si se identifican pacientes con trastornos mentales y de comportamiento, proporcionar espacio para observación individual continua hasta su traslado o alta
- Considerar la posibilidad de tener salas seguras, si es oportuno en función del plan operacional identificado

Pautas adicionales

Para obtener material de referencia adicional, véase <https://bit.ly/C19HealthcareArch>

Contribuciones del grupo de trabajo y de los autores

Miembros del grupo de trabajo

- (MS) Molly M. Scanlon, PhD, FAIA, FACHA – presidenta
- (DA) Diana Anderson, MD, ACHA
- (EE) Eve A. Edelstein, PhD, MArch, Assoc. AIA, EDAC, FAAA
- (JF) John Fowler, AIA, NCARB, EDAC, LEED AP
- (WH) William Hercules, FAIA, FACHA, FACHE
- (EP) Erin Peavey, AIA, EDAC, LEED AP
- (YS) Yiselle Santos, AIA, LSSYB, WELL AP, LEED AP
- (ET) Ellen Taylor, PhD, AIA, MBA, EDAC
- (KW) Kirsten Waltz, AIA, ACHA, EDAC, LEED AP
- (MW) Marvina Williams, RN, BSN, LSSBB
- (FZ) Frank Zilm, DArch, FAIA, Emérito FACHA
- (DP) Doug Paul, personal del AIA

Instrumento para evaluar la preparación de los lugares de asistencia alternativos para atender casos de COVID-19

Las siguientes son las contribuciones sustanciales de cada uno de los autores: conceptualización, MS; análisis de códigos formales y de estándares, JF, WH, KW y ET; administración de proyectos, ET, MS y DP.

Reuniones

El grupo de trabajo celebró reuniones diarias del 24 de marzo al 2 de abril de 2020 para preparar el Informe sobre el impacto en la salud N.º 1 y productos de trabajo conexos para su examen, consenso y aprobación. Durante el mismo periodo se celebraron reuniones adicionales de grupos más pequeños para cada producto de trabajo. Se prepararon actualizaciones hasta el 22 de abril de 2020 para la publicación de una versión actualizada.

Contribuciones adicionales al Instrumento para evaluar la preparación de los lugares de asistencia alternativos para atender casos de COVID-19

- | | |
|--|---|
| Amanda Abney, Associate AIA, EDAC | Isaac Karley |
| Patricia Acevedo, AIA | Ed Ledoux |
| Javan Arroyo | Christopher Lynch, PE |
| Joe Bonanno | Zach Mathern |
| Gabrielle Bullock, FAIA, NOMAC, IIDA, LEED AP | Don MacAlister, CHPA |
| Daniel Caron, PE, LEED AP | Todd Medd, AIA, NCARB |
| Jason Costello, AIA, EDAC | Christopher O'Brien, AIA, ACHA, EDAC, LEED AP |
| Ashleigh Cotter, CID, CHID, IIDA, LEED AP BD+C, CLGB | Sam Olbekson, AIA, NCARB, AICAE |
| Rachael Farrell, EDAC, LSSGB, LEED AP, BD+C | John P. Riordan, MD |
| David Frum, FAIA, FACHA | Nick Schumacher, PE |
| Ruth Fanning, MD | Michael Sheerin, PE, LEED AP |
| Angel Gomez | Hannah Shultz |
| Jeff Hankin, PE | Tom Smith, CHPA, CPP |
| Anita Honkanen, MD | Rick Taylor, RCDD |
| Nathan Howell, AIA | Kevin Tuohey, CHPA |
| Jennifer Burke Jackson, AIA, LEED AP | Scott Waltz, RA |
| | Julie Wellik |
| | Tony York, CHPA, CPP |