

ANEXO - XII

GUÍA PARA LA CLASIFICACIÓN DE PACIENTES QUE DEMANDAN ASISTENCIA ("TRIAGE").

**PLAN NACIONAL DE
PREPARACIÓN Y
RESPUESTA ANTE
UNA PANDEMIA DE GRIPE
SUBCOMITÉ DE RESPUESTA A LA EMERGENCIA**

Septiembre 2006



ÍNDICE

<i>Protocolo de Coordinación</i> _____	5
<i>Centro de Coordinación.</i> _____	6
<i>Protocolo de Actuación en Atención Primaria:</i> _____	7
<i>Protocolo de actuación en Urgencias Hospitalarias</i> _____	8
<i>Protocolo de Ingresos Hospitalarios:</i> _____	8

En el Plan de Respuesta ante una posible pandemia de gripe, una de las prioridades, a desarrollar en las fases previas a la pandemia, es la planificación, en la medida de lo posible, de la respuesta y coordinación del sistema sanitario para hacer frente a la situación de exceso de demanda, y así reducir al mínimo la morbilidad y la mortalidad humana, la perturbación social y las consecuencias económicas causadas por una pandemia de gripe.

Las evaluaciones de los planes¹, y las Guías de indicadores como las elaboradas por la OMS² y el ECDC³ son herramientas útiles para ajustar nuestros planes de preparación.

Uno de los puntos clave a desarrollar, por la importancia de su correcta aplicación, es la clasificación de los pacientes que demandan asistencia (“triage”). Entendemos el “triage” como el proceso de evaluación clínica preliminar que clasifica a los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa, en una situación de saturación de los servicios sanitarios y disminución de los recursos.

El “triage” tiene que definir las estrategias necesarias para la clasificación de los pacientes, ante una situación de alerta o de pandemia de gripe. Los responsables de los servicios sanitarios deberán activar estas estrategias para evitar el colapso de estos servicios y las esperas prolongadas, cuando la situación lo requiera.

Tener desarrollado un modelo de “triage” en los Planes Autonómicos, será fundamental para que los servicios sanitarios puedan dar una respuesta eficiente ante una situación de alerta o de pandemia de gripe. Para ello, en esta Guía se han recopilado las distintas opciones contempladas en los Planes Autonómicos y en los Planes de otros países^{4,5} con el objetivo de elaborar unas recomendaciones básicas de “triage”, abiertas a ser adaptadas a las peculiaridades de cada Comunidad Autónoma.

PROTOCOLO DE COORDINACIÓN

Mantener el funcionamiento de los servicios sanitarios requiere contar con unas líneas de coordinación claras entre los organismos implicados de primaria y hospitalaria y los diferentes profesionales sanitarios (médicos y enfermeros). Estas líneas de coordinación deben tener como premisas:

- Las necesidades de atención de la población.
- La oportunidad del máximo manejo domiciliario de los casos.
- La derivación conforme a criterios únicos bien definidos.
- Las posibilidades terapéuticas en función del sustrato biológico.

En un Protocolo de Coordinación es importante:

- Establecer los algoritmos de coordinación entre los distintos agentes de los servicios de salud, quedando bien definidas las distintas partes del proceso de “triage”.
- Definir que síntomas/signos van a activar el “triage”.
- Establecer una información clara y accesible a la población para que sepa donde demandar asistencia al presentar los síntomas que activan el proceso. Lo ideal sería que la población al presentar síntomas plantee una demanda telefónica, pero esto sin una buena campaña de información no es realista.

¹ Coker R, Mounier-Jack S. How prepared is Europe for Pandemic Influenza? An analysis of national plans. *Lancet* 2006.

² WHO. Checklist for influenza epidemic preparedness 2005.

³ ECDC. Assessment Tool for National Pandemic Influenza Preparedness. Feb 2006.

⁴ HHS Pandemic Influenza Plan. U. S. Department of Health and Human Services. November 2005. USA.

⁵ Canadian Pandemic Influenza Plan. February 2004. Canada.

- Para el funcionamiento del “triage” telefónico habrá que crear un Centro de recepción de llamadas con personal entrenado en el “triage”.
- El “triage” telefónico lo debe realizar la persona responsable de la recepción de la llamada siguiendo un protocolo médico de preguntas, estructurado y sistemático. El interrogatorio contemplará una serie de hallazgos que van a definir los grados de prioridad de asistencia, en función de los síntomas/signos de alarma, la gravedad, la afectación del estado general y la existencia de enfermedades crónicas.
- Con la información obtenida en el interrogatorio, el protocolo ha de recomendar cual es la respuesta adecuada, que recursos hay que asignar o si es necesario la valoración más detenida de un médico.
- La respuesta a la demanda de asistencia puede ir desde un consejo sanitario a la movilización de un equipo en función de los niveles de prioridad establecidos.
- Hay que calcular las necesidades de personal sanitario para acudir a los domicilios atendiendo a la alta demanda y a la apuesta de realizar el mayor manejo domiciliario de los casos.
- Desde un inicio, la alarma social puede llevar a los usuarios a demandar asistencia directamente a los Centros de Atención Primaria (CAP) y a las salas de Urgencia Hospitalarias. Esto si no se contempla y articula de forma ágil, puede llegar a colapsar los servicios sanitarios. Por ello, los CAP y las urgencias deben tener preparado un “triage” presencial.
- El “triage” presencial lo debe realizar personal sanitario, preferentemente enfermería, siguiendo un protocolo médico que incluye interrogatorio, exploración física y pruebas complementarias básicas. La información que se obtiene sirve para asignar los recursos, considerando el ingreso si fuera necesario.

Por ejemplo, la Comunidad de Andalucía plantea un Protocolo de Coordinación en el que el “triage” telefónico y presencial va a clasificar la respuesta a la demanda asistencial en cuatro niveles de prioridad (Apéndice 1).

CENTRO DE COORDINACIÓN.

Consideramos necesario definir un Centro de Coordinación que garantice la adecuada respuesta del sistema de salud a la pandemia a través de los protocolos establecidos, asegurando la distribución equitativa de los recursos y un eficiente flujo de los pacientes. Este Centro de Coordinación deberá contar con un Centro de Atención de Llamadas de Urgencia, pieza clave del “triage” telefónico. Para que sea operativo, es importante:

- Asignar un número de teléfono para demandar asistencia desde el domicilio, que sea familiar a la población (112, 061...). Hay que aprovechar los dispositivos de consulta telefónica sanitaria ya existentes en la comunidad y establecer campañas de información que lleguen a los futuros usuarios.
- Planificar actividades de formación y entrenamiento de los operadores (personal no sanitario) para garantizar su efectividad en el “triage” de los pacientes.
- Los operadores van a ser el primer contacto de la persona que demanda asistencia telefónica, realizando una primera clasificación de los casos y recogiendo los datos administrativos del caso.
- El siguiente escalón del “triage” telefónico lo debe desempeñar personal sanitario, preferentemente enfermería, que hará una evaluación más detallada de cada caso individualizando según la prioridad la respuesta que será simplemente informativa o requerirá una intervención sanitaria (urgente o no urgente).

- Si se requiere una intervención sanitaria en el domicilio, habrá que desplazar un equipo médico. Este equipo es el que finaliza el proceso de “triage” telefónico, ya que confirma la gravedad y riesgo del caso, inicia tratamiento en el domicilio, deriva a un Centro de Atención Primaria o solicita una ambulancia para ingreso hospitalario o en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Por ejemplo, La Comunidad de Madrid organiza un Centro de Coordinación encargado de la recepción de las llamadas, la gestión del flujo de pacientes y la derivación a atención primaria, o al hospital (Apéndice 2)

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA:

Una de las líneas de coordinación aceptadas en los Planes Autonómicos recomienda que cuando exista una alta concentración de casos todo paciente sospechoso de padecer gripe de potencial pandémico sea atendido, siempre que su situación clínica lo permita, preferentemente en su domicilio. Esto no exime de tener preparado el “triage” en los Centros de Salud desde las fases iniciales, ya que la población acudirá a los mismos demandando asistencia.

Cuando la epidemia adquiera gran magnitud puede que se produzca saturación en la demanda de atención domiciliaria. La atención de los pacientes se podría realizar, salvo criterio clínico en contra, en las consultas de los centros de salud manteniendo las medidas de prevención de contagios establecidas.

Por todo esto consideramos que los Centros de Salud deberán desarrollar Protocolos específicos de Actuación, en los que se contemple el “triage” presencial y sus puntos clave:

- El sitio físico de “triage” se debe localizar en la entrada del Centro de Salud, diferenciándose desde este momento los casos sospechosos.
- La selección debe realizarla un profesional sanitario, preferentemente enfermería.
- Hay que establecer una sala de espera, con aseos propios, para los casos sospechosos y sus acompañantes (preferiblemente uno por cada caso). Lo ideal es que esta sala de espera esté separada físicamente de otra para el resto de pacientes.
- Los Consultorios y Centros de Salud sin posibilidad de disponer de dos salas de espera deben especializarse, aceptando unos a los pacientes que demandan asistencia con sintomatología respiratoria y otros al resto de pacientes. Es importante que exista una buena planificación al designar los centros de referencia para los pacientes con sintomatología respiratoria, garantizándose los principios de equidad y accesibilidad de nuestro sistema sanitario.
- Habrá que dotar a los Centros de Salud con mascarillas quirúrgicas y pañuelos de celulosa para los pacientes y sus acompañantes y bolsas de desecho para este material.
- Los pacientes sospechosos deben ser atendidos por un médico y/o enfermera en despachos de consulta específicos próximos a la sala de espera.
- El número de equipos asistenciales y de despachos de consulta se establecerán dependiendo de las necesidades y disponibilidad de cada Centro de Salud.
- Cada despacho de consulta deberá estar equipado con su propia dotación de fonendoscopio, esfigmomanómetro, termómetros, etc. Al finalizar cada jornada se procederá a la limpieza tanto de los equipos como del propio local de acuerdo al protocolo establecido.
- El personal encargado del “triage” deberá estar formado sobre las medidas de control de la infección.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

Es necesario plantear a nivel hospitalario protocolos de actuación con el objetivo de separar y manejar a los pacientes sospechosos en las urgencias.

- El sitio físico “triage” se ubicará en la entrada de Urgencias, diferenciándose desde este momento los casos sospechosos.
- Se debe elaborar un mapa de la Unidad de Urgencias donde queden claros los circuitos del “triage”.
- Los casos sospechosos y sus acompañantes (preferiblemente uno por cada caso) se derivarán a una sala de espera. Es conveniente que esta sala de espera, ante el elevado número de casos, sea amplia y con aseos propios.
- En esta sala de espera habrá que contar con dispositivos para la utilización de balas de oxígeno en pacientes que sea necesario.
- Los pacientes y sus acompañantes deben ser provistos de mascarillas quirúrgicas.
- Se dispondrán bolsas para desecho para pañuelos de celulosa y mascarillas.
- Los pacientes deben ser atendidos en los boxes contiguos a la sala de espera. El número de boxes dependerá de las necesidades y disponibilidad en la Unidad de Urgencias.
- Hay que definir un circuito de acceso al área de radiodiagnóstico de Urgencias y otro circuito de traslado intrahospitalario desde Urgencias hasta la planta si el ingreso fuera necesario.

Ejemplo: La Comunidad de Cantabria en su Plan Autonómico detalla la organización del “triage” de urgencias en cada centro hospitalario (Apéndice 3).

PROTOCOLO DE INGRESOS HOSPITALARIOS:

Después de hacer el “triage” en las urgencias de los hospitales, hay que definir Protocolos de Ingreso para aquellos pacientes que lo necesiten.

Como norma general se acepta que los enfermos se ingresarán en habitación individual, salvo que la epidemia adquiera gran magnitud y se produzca déficit de camas hospitalarias, en cuyo caso se podría ingresar en la misma habitación más de un caso probable. Hay que pensar incluso en ingresos en grandes naves o pabellones ante una avalancha de casos.

- Inicialmente hay que designar una planta del hospital para el ingreso de los casos. Se busca concentrar los casos en una planta comenzando por las habitaciones del fondo para facilitar el aislamiento.
- Si se dispone de habitaciones con presión negativa se usarían con los primeros casos.
- Una vez ocupada esta planta se utilizarán en el mismo edificio las plantas contiguas hasta donde sea necesario.
- Si el paciente requiere ingreso en UCI debemos contar con camas de aislamiento en la unidad y si el número de casos fuera alto se habilitaría una sala completa.
- Las pruebas diagnósticas siempre que sea posible se deben realizar en la habitación del enfermo. Si el traslado fuera imprescindible, debe hacerse garantizando que se cumplen las medidas para el control de la transmisión de la enfermedad. Se debe contar con protocolos de traslados intrahospitalarios.

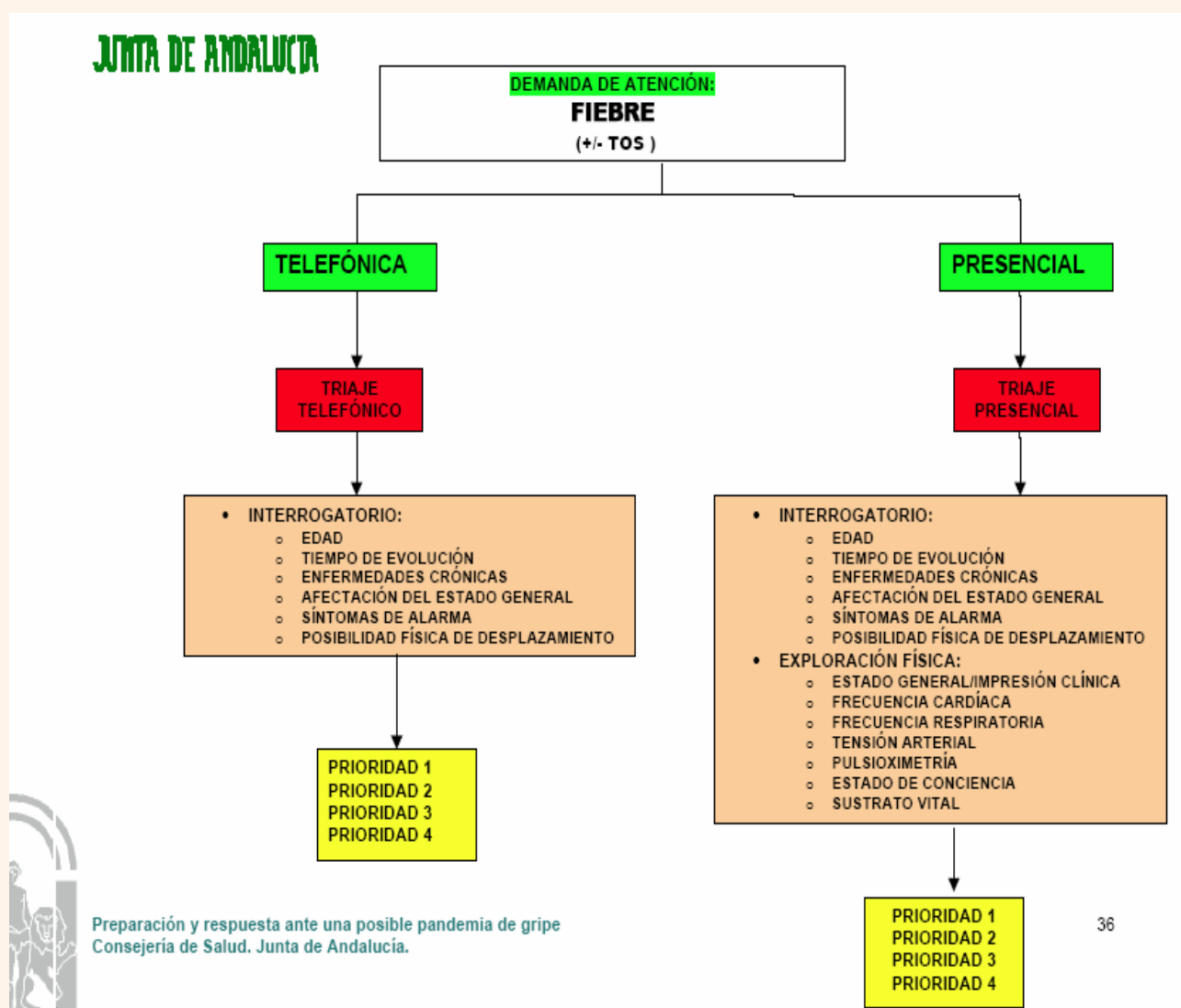
Ejemplo: La Comunidad de Cantabria ha detallado en su Plan los guiones básicos para hacer frente a la situación de pandemia en sus momentos iniciales en cada hospital (Apéndice 4).

APENDICE 1

PROTOCOLO DE COORDINACIÓN

Para “mantener el funcionamiento de los servicios de salud”, es esencial contar con unas líneas de coordinación claras que promuevan una actuación eficiente de los distintos organismos implicados (Equipos Básicos de Atención Primaria –EBAP-, Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias –DCCU- y Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias –SCCU-, del Servicio Autónomo de Salud; Equipos de Emergencias, etc.) y de los diferentes profesionales sanitarios (médicos y enfermeros).

Figura 1. Algoritmo de Coordinación. Comunidad de Andalucía.



Los algoritmos contemplan una serie de hallazgos (en el “triage” telefónico y en el presencial) que van a permitir definir los grados de prioridad:

1.Síntomas de Alarma:

- disnea (dificultad respiratoria)
- convulsiones
- bajo nivel de conciencia
- manchas cutáneas rojizas de aparición brusca

2.Afectación del estado general:

- disminución del nivel de relación
- falta de apetito
- postración en la cama
- astenia marcada
- irritabilidad

3.Enfermedad Crónica:

- diabetes mellitas
- insuficiencia cardíaca
- epoc
- insuficiencia renal
- hepatopatía
- enfermedad oncológica

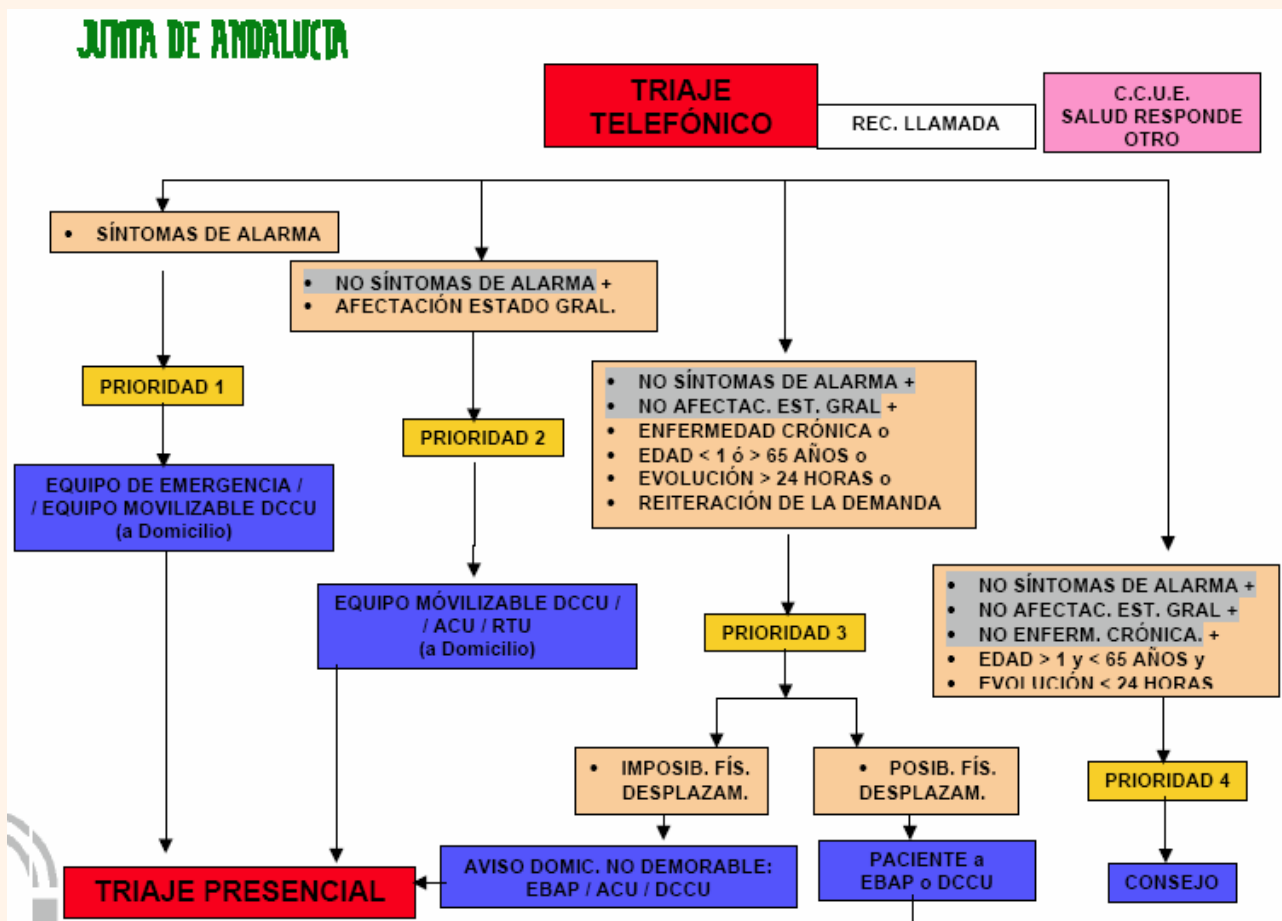
4.Signos de Alarma:

- mala impresión clínica
- frecuencia cardíaca < 40 lpm ó > 130 lpm
- frecuencia respiratoria < 8 rpm ó >30 rpm
- tensión arterial sistólica < 90 mmhg
- saturación de o₂ por pulsioximetría $< 94\%$
- alteración del nivel de conciencia
- rigidez nucal/signos meníngeos
- oligoanuria

5.Síntomas/Signos de Gravedad:

- disnea
- convulsiones
- bajo nivel de conciencia
- petequias

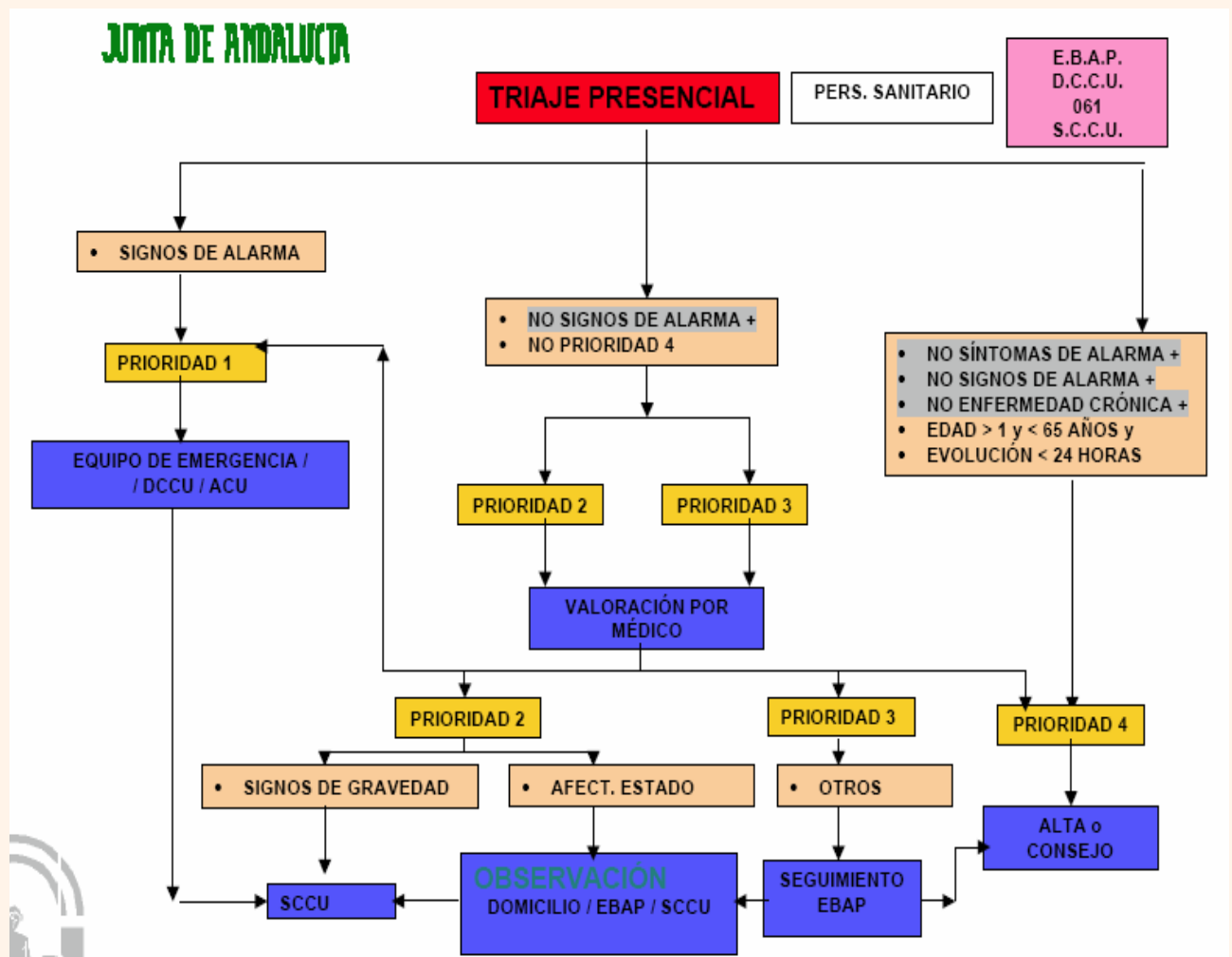
Figura 2. Algoritmo de Coordinación. “Triage” telefónico. Comunidad de Andalucía.



El Consejo, para la Prioridad 4, incluye los siguientes elementos:

1. Acompañar (vigilar) al enfermo.
2. No abrigar en exceso. No exponer a corrientes de aire.
3. Medir la temperatura axilar cada 3-4 horas.
4. Bajar la temperatura si ésta es de 38°C o más; para ello, utilizar:
 - a) Medidas físicas: compresas de agua fría (no helada) o/y baños con agua tibia/fresca.
 - b) Antitérmicos.
5. Beber abundantes líquidos frescos.
6. Acudir a revisión por el Médico de Familia en horas de consulta.
7. Volver a contactar en caso de cambio de la situación (“triage” telefónico)

Figura 3. Algoritmo de Coordinación. “Triage” presencial. Comunidad de Andalucía.



La atención de pacientes en los SCCU requiere una coordinación intrahospitalaria (del propio SCCU con el resto de Servicios). Se facilitarán las altas precoces hospitalarias con actuaciones de vigilancia en domicilio, presencial o telefónica, por medio de la enfermería de enlace, la enfermería de atención primaria, los médicos del EBAP y el personal de los DCCU. Una de las premisas del Plan Andaluz es lograr el máximo manejo domiciliario de los casos.

APENDICE 2

CENTRO DE COORDINACIÓN

La Comunidad de Madrid establece un **Centro de Coordinación de la Pandemia** gestionado por la Gerencia del SUMMA 112, quien tendrá la responsabilidad de su organización y control con la participación del Subcomité de Respuesta a la Emergencia. Desde este Centro se efectuará la recepción de las llamadas, la gestión del flujo de pacientes y la derivación a atención primaria, al SUMMA 112, al hospital o, en su caso, a otro centro sanitario.

Todas las llamadas por gripe se canalizarán a través del Centro de Atención de Llamadas de Urgencia 1-1-2 de Madrid, en el que se ubicará la **Mesa Sanitaria de Pandemia del SUMMA 112**. En este centro se recibirán llamadas que los operadores del 112 clasificarán en gripe de alto o bajo riesgo y se realizará la posterior clasificación en:

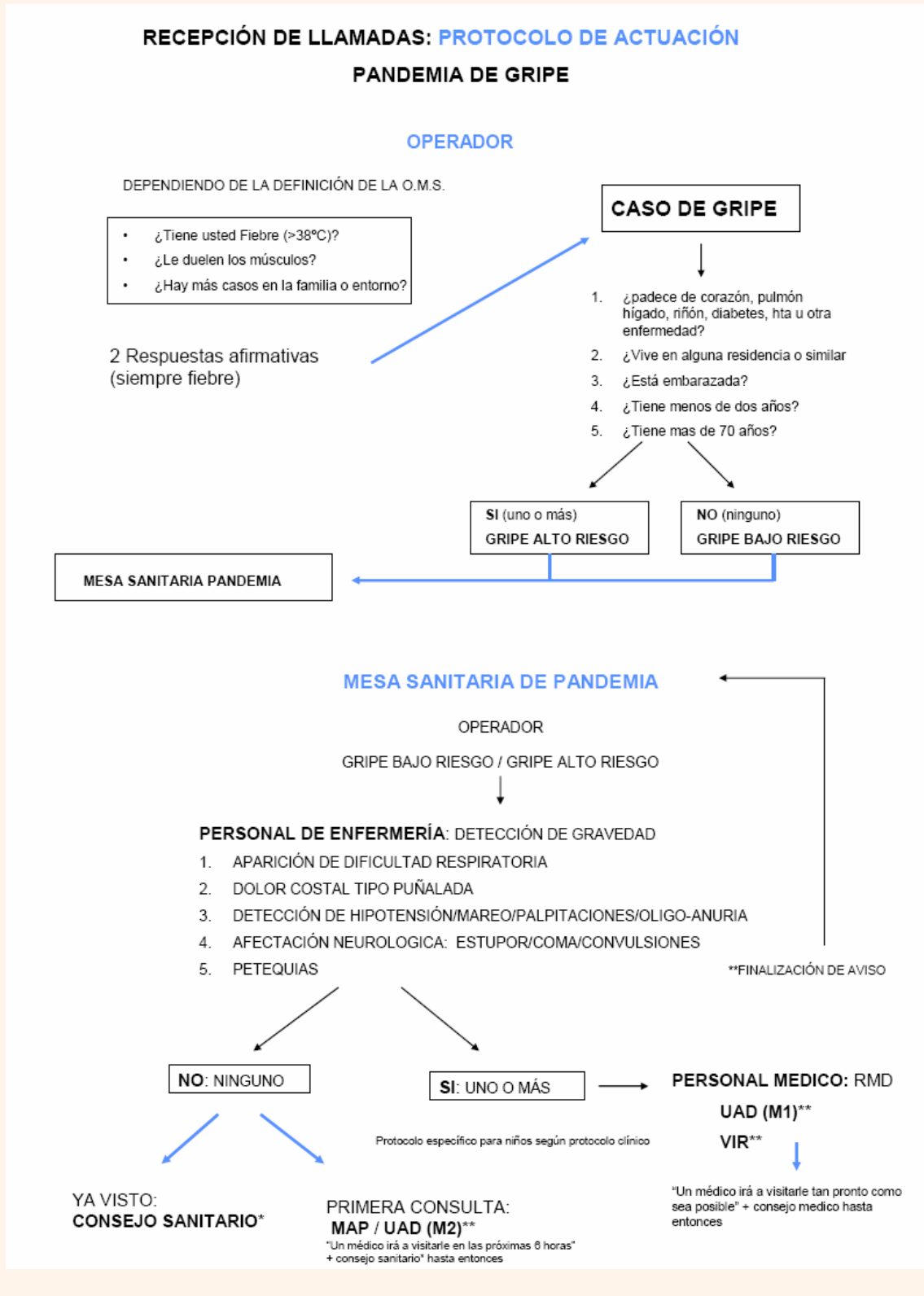
- **INFORMATIVAS** no sanitarias: se transferirán al 012
- **DEMANDA:** se transferirán al equipo sanitario, que a su vez las clasificará en:
 1. Consejo médico (no suponen un caso nuevo)
 2. Asistenciales: requerirán asistencia
 - a. No urgentes
 - b. Urgentes

Se efectuará un registro informático de todas las llamadas recibidas. La atención de los pacientes clasificados como demandas asistenciales no urgentes se realizará por Atención Primaria (AP) en su horario de cobertura y, durante las noches de los días laborales, sábados, domingos y festivos, por el SUMMA 112. Los pacientes atendidos por el SUMMA 112 se transferirán a AP para su seguimiento. Las demandas asistenciales urgentes o derivaciones al hospital se gestionarán movilizándolo los recursos del SUMMA 112. Se habilitará un **sistema de información específico** para la pandemia que permitirá la gestión y derivación de los pacientes así como su seguimiento, de tal manera que todos los profesionales sanitarios dispongan de la información actualizada y relevante para el diagnóstico y tratamiento de los casos de gripe.

La Mesa Sanitaria de Pandemia del SUMMA 112, estará constituida por profesionales sanitarios del 112 (médicos y enfermeras). Todos ellos cuentan con sobrada experiencia, tanto en las habilidades necesarias para saber responder y coordinar cualquier demanda telefónica que tenga que ver con condiciones médicas como en el manejo de situaciones de alarma social. Recibirán formación específica para el manejo de la pandemia y participarán en ejercicios de simulación necesarios para proporcionar la respuesta más eficaz.

El Centro Coordinador tendrá en cada momento conocimiento de la distribución de los recursos en las diferentes Áreas Sanitarias y podrá efectuar una redistribución de los mismos para atender a las necesidades de la Comunidad de Madrid de una forma homogénea.

Figura 4. Recepción de llamadas: Protocolo de Actuación (“triage telefónico”). Comunidad de Madrid.



APENDICE 3

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

Añadimos ejemplos incorporados del Plan de Cantabria, teniendo en cuenta que cada centro presenta unas peculiaridades que hacen necesario que los protocolos sean elaborados de forma específica por cada hospital, incluyéndose como anexos al Plan de preparación de cada Comunidad.

I. Hospital General

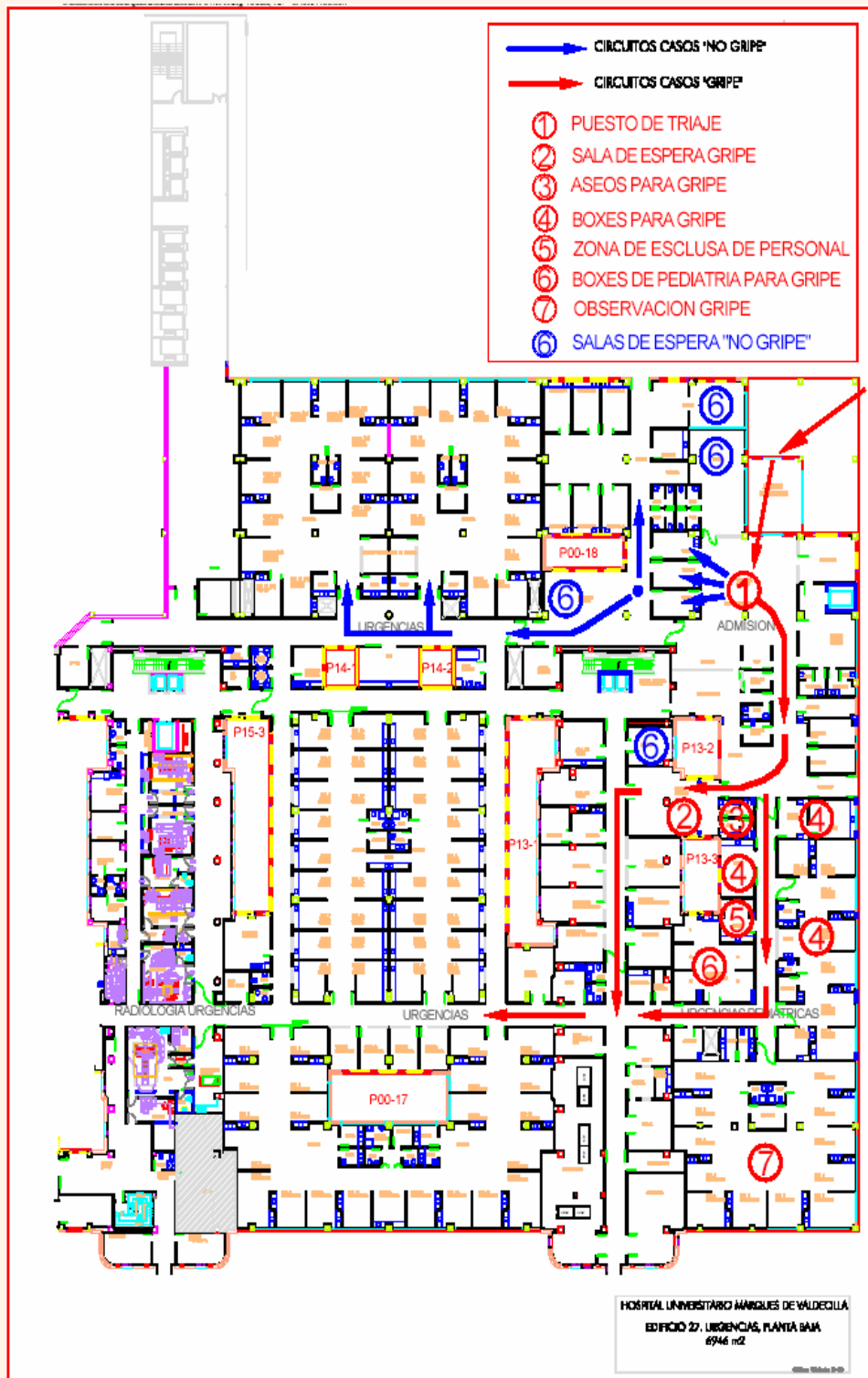
Urgencias Hospital: (Se adjunta un mapa de la unidad de urgencias, para tener claros los circuitos físicos del "triage". Ver figura 5).

- El punto de "triage", aéreo, se ubicará en el hall, a la entrada de Urgencias, diferenciándose desde este momento los casos sospechosos.
- Los casos sospechosos y sus acompañantes (preferiblemente uno por cada caso y en cualquier caso restringidos) se derivarán a la actual sala de espera de Traumatología, con aseos propios, y con acceso directo para Admisión y Radiodiagnóstico. Estos pacientes y sus acompañantes serán provistos de mascarillas quirúrgicas.
- Se dispondrán bolsas para desecho para pañuelos de celulosa y mascarillas.
- Los pacientes sospechosos serán atendidos en los espacios aledaños: actuales boxes de psiquiatría, despachos de asistentes sociales o boxes de pediatría, según necesidades y disponibilidad.
- Para permitir que el personal sanitario se cambie de ropa se dispondrá de una habitación situada detrás del antiguo box de RCP. Estas salas actuarán a modo de esclusas.

Urgencia Pediátrica:

- Se habilitará un punto de "triage" de enfermería situado a la entrada del servicio. Los niños con sospecha de gripe serán derivados al servicio de Urgencias del Hospital General.
- Una vez derivados al Hospital General, los casos pediátricos sospechosos serán manejados de la misma forma que los adultos.
- Se utilizarán como boxes específicos de Pediatría los existentes en el espacio de la sala A-bis, o futuro espacio para tratamiento de aerosoles pediátricos.
- Se dispondrá de un equipo médico y de enfermería específico de Pediatría.

Figura 5. Unidad de Urgencias de un Hospital General.

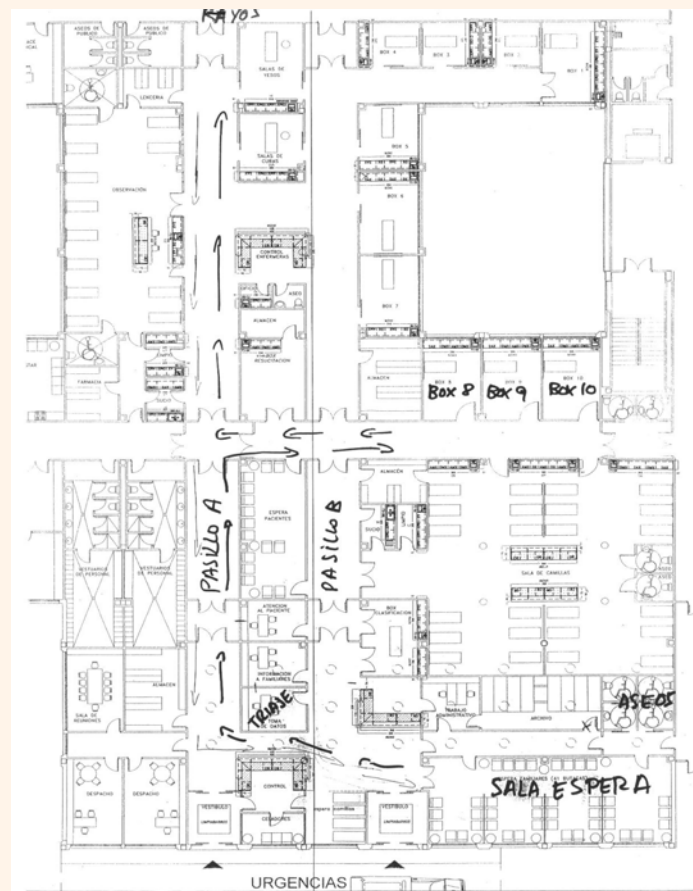


II. Hospital Comarcal.

El servicio de Urgencias ha elaborado un plan de atención a estos pacientes en el que se define el circuito que seguirían:

- Se destina, en primer lugar, la sala de espera grande, con aseos propios, que se utilizará exclusivamente para estos pacientes.
- Se dedicarán 3 boxes para atender esta patología.
- Los pacientes serán atendidos, en primer lugar, en una consulta de “triage” por una enfermera.
- En el momento que se confirme como caso sospechoso, se colocará al paciente mascarilla quirúrgica y se evitará, en lo posible, su movilidad por el Servicio.
- Pasará a la sala específica o al box específico (si está libre), donde será atendido por un facultativo y personal de enfermería.
- Una vez realizada la primera valoración, el paciente se dirigirá a Radiología por un pasillo específico, que es distinto del habitual de acceso a los boxes (Figura 6), por el que volverá también al Servicio de Urgencias, y se le llevará de nuevo a la sala de espera grande.
- En esta sala de espera, se habilitarán dos zonas:
 - - Una para enfermos ambulantes
 - - Otra para camillas con balas de oxígeno
- En esta sala, los enfermos esperarán evolución, resultados o ingreso.

Figura 6. Unidad de Urgencias de un Hospital Comarcal.



APENDICE 4

PROTOCOLO DE INGRESOS HOSPITALARIOS

I. Hospital General

Hospitalización convencional:

Los enfermos se ingresarán en habitación individual, salvo que la epidemia adquiera gran magnitud y se produzca déficit de camas hospitalarias, en cuyo caso se podría ingresar en la misma habitación más de un caso probable.

Hospitalización General:

- Inicialmente servicio de Neumología: planta 5ª.
- Una vez ocupada esta planta se utilizarán en el mismo edificio las plantas de Medicina Interna: 10ª, 9ª,... hasta donde sea necesario.

Hospitalización Pediátrica:

- En aquellos casos en los que se plantee ingreso hospitalario, el niño será trasladado en ambulancia hasta el área de hospitalización pediátrica.
- Inicialmente planta 10ª Oeste, comenzando por las habitaciones del fondo para facilitar el aislamiento.
- En caso de afectación pandémica se ocuparán como zonas de hospitalización los espacios de la planta 9ª Oeste.

Ingreso Uci:

Uci General:

- Inicial: Unidad de Trasplantes en la 1ª planta Sur (Polivalentes). En esta situación, los enfermos trasplantados estarían ingresados en la 3ª sala de la 2ª planta Norte (Postoperados).
- Si se superase la capacidad de esta Unidad (4 camas) se habilitaría una sala completa de la Unidad de Polivalentes (5 ó 6 camas, respectivamente).

Uci Pediátrica:

- Boxes de Uci Residencia Cantabria.

II. Hospital Comarcal

Ante un caso posible, probable o confirmado de gripe pandémica que requiera hospitalización se seguirá el siguiente protocolo:

1. Paciente en hospitalización convencional:

Las Plantas de hospitalización serán las siguientes:

- Planta 3B: se empezará a hospitalizar por las habitaciones situadas en el extremo norte y se irán ocupando consecutivamente de norte a sur.
- Las Plantas 3A y 3C si no estuviera funcionando la 3B: se elegirá la planta con menor número de habitaciones ocupadas utilizando el mismo criterio: se preferirán las habitaciones situadas en el extremo norte.

2. Paciente que requiere cuidados críticos:

Inicialmente se planteará el traslado a la UCI del Hospital General. Si no fuese posible se hospitalizará en la URCE del Hospital.

El paciente tendrá prioridad en caso de que todos los boxes estuviesen ocupados.

3. Realización de pruebas diagnósticas:

- Broncoscopias: siempre que sea posible se realizarán en la habitación del enfermo, sin trasladarlo.
- Radiología: traslado del paciente al Servicio de Radiología cumpliendo el protocolo establecido para traslados intrahospitalarios de estos pacientes.