

Fase de Transición de la Pandemia SARS-CoV-2(COVID-19)

Plan de Acción del Servicio de Salud del Principado de Asturias

CAMUS: "la peste tiene alguna acción benéfica, que abre los ojos, que hace pensar!!"

Mayo de 2020

Este documento es un marco operativo que pretende ser la base sobre la que se sustenten todos los procedimientos técnicos elaborados y en elaboración, en el contexto de la fase de transición de la pandemia de SARS-CoV-2(COVID-19), sin abandonar en ningún momento los protocolos de manejo de pacientes COVID 19, elaborados durante la fase de contingencia.

Este marco operativo puede ser sometido a cambios en base a decisiones estratégicas tomadas por parte de la Autoridad Sanitaria en el ámbito de la Salud Pública.

Expresar el agradecimiento a la labor realizada por los y las profesionales de salud durante la fase de contingencia de la pandemia COVID 19, que han demostrado un claro compromiso y una profesionalidad ejemplar.

Índice

1. Introducción
2. Medidas Legales durante la pandemia
3. Análisis epidemiológico y recursos disponibles
4. Objetivo general
5. Líneas estratégicas
6. Medidas de carácter general
7. Líneas de actuación
8. Servicios de Especial Atención
9. Acompañamiento
10. Ámbito Sociosanitario
11. Bibliografía

1.- Introducción

Los sustantivos escalada y desescalada son idóneos para referirse al aumento de algo, sobre todo cuando es rápido, y a su posterior disminución. En consecuencia, por desescalada puede entenderse la disminución progresiva del peligro y la tensión resultantes de un proceso previo de escalada.

En el caso que nos ocupa, el proceso de escalada surge a raíz de la situación de emergencia de salud pública ocasionada por el COVID-19, elevada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde el 11 de marzo de 2020, a carácter de pandemia internacional. Y, se desarrolla en consonancia con la rapidez en su evolución la cual motiva la adopción de una serie de medidas para hacer frente a estas circunstancias extraordinarias, primero, por parte del Gobierno de España, inicialmente a través de la declaración del estado de alarma prevista en el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo (Boletín Oficial de Estado - BOE - de 14 de marzo de 2020); y al mismo tiempo y después, por parte de las Comunidades Autónomas, en los términos que se expone en el epígrafe siguiente respecto del Principado de Asturias.

En la actualidad, el Principado de Asturias ha sobrepasado el punto álgido de la pandemia en algunas de las distintas áreas de actuación y se encuentra en una fase en la que la situación demanda su intervención a los efectos de elaborar una estrategia de **TRANSICIÓN**. Precisamente, este documento tiene por objetivo afrontar dicha estrategia lo cual implica ordenar las diferentes situaciones que requieren, en la práctica, ajustar las medidas adecuadas a una etapa dirigida a una vuelta progresiva a la normalidad.

Este documento recoge Líneas Estratégicas y Líneas de Actuación, definidas por el Servicio de Salud, a llevar a cabo en la Fase de Transición a la Nueva Normalidad para todas las Áreas Sanitarias.

En este Plan de Acción, no se plantean diferentes escenarios de Implantación territorial, ya que este marco de actuación afecta a ciudadanos de todo el ámbito de la Comunidad Autónoma, en lo que se refiere a desplazamientos, tanto de trabajadores como de pacientes, para poder llevar a cabo la actividad sanitaria, garantizando la accesibilidad y la universalidad del sistema público de Salud.

2.- Evolución de las medidas legales ante la pandemia: antecedentes y situación actual que justifica la adopción de medidas de transición

Hay una primera distinción entre las medidas adoptadas a nivel autonómico antes y después de la declaración por el Gobierno Estatal del estado de alarma; y, paralelamente, hay una segunda distinción, confluente con la anterior, en la que el criterio de adopción y aplicación de las medidas que se van adoptando lo es en función de las circunstancias de la pandemia. Teniendo en cuenta esta premisa, se observa la evolución sanitaria de la pandemia al compás de la evolución de la normativa, estatal y autonómica, aislada y conjuntamente considerada en los distintos ámbitos de aplicación.

Con anterioridad a la declaración del estado de alarma por parte del Gobierno Estatal, el Gobierno del Principado de Asturias, motivado por necesidades de salud pública, adopta determinadas medidas de carácter urgente. En particular:

- En el Boletín Oficial del Principado de Asturias (BOPA) de 11 de marzo de 2020, con entrada en vigor desde ese mismo día, se publica la Resolución, de 10 de marzo de 2020, de la Consejería de Salud, que ordena la celebración a puerta cerrada de eventos deportivos multitudinarios, profesionales y no profesionales, nacionales e internacionales, que supongan una gran afluencia de aficionados/as.
- En el BOPA de 12 de marzo de 2020, con entrada en vigor desde ese mismo día, se publica la Resolución, de 11 de marzo de 2020, de la Consejería de Salud, que suspende las actividades de los centros sociales de mayores.
- Y, en el BOPA de 13 de marzo de 2020, con entrada en vigor en esta misma fecha, se publican varias disposiciones normativas:

1.- La Resolución, de 12 de marzo de 2020, del Consejero de Salud, que, ante la existencia de casos confirmados de COVID-19 en diversos centros docentes de la comunidad educativa, suspende, desde el 13 de marzo de 2020, la actividad presencial docente en todos los centros educativos autorizados respectos de todas las etapas, ciclos, grados, cursos y niveles de enseñanza, incluidos en el artículo 3 de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, así como las actividades complementarias y extraescolares.

2.- El Acuerdo del Consejo de Gobierno del Principado de Asturias, de 12 de marzo de 2020, sobre medidas preventivas y recomendaciones relacionadas con la infección del COVID-19. A título de ejemplo, las más destacables son:

- Posponer la organización de congresos, jornadas, seminarios o cursos de formación presencial de los y las profesionales de los centros sanitarios y desaconsejar la asistencia de profesionales sanitarios a este tipo de actos. Así como, limitar la presencia de personas externas a los centros sanitarios con motivo de actividades no imprescindibles para la asistencia sanitaria; y, el acompañamiento de pacientes a una sola persona.
- Y, en el ámbito del personal y centros de trabajo de la Administración Pública así como en materia de bolsas de empleo del SESPA: medidas de flexibilización de la jornada de empleados/as públicos que tengan a su cargo menores de edad o mayores dependientes y se vean afectados por el cierre de los centros educativos o de mayores; y medidas de teletrabajo, cuando ello sea posible, sin perjuicio de la consideración de medidas especiales para empleados/as públicos de riesgo, entre los que se encuentran personas con patologías crónicas graves, inmunodeprimidas y embarazadas. Amén de apreciar como causas de suspensión de las listas y bolsas de empleo las de conciliación de la vida laboral y familiar que tengan relación directa con situaciones vinculadas al COVID-19; y del tratamiento como incapacidad temporal como accidente de trabajo de las situaciones de contagio o aislamiento como consecuencia del COVID-19.

3.- Y, a través de los correspondientes suplementos, las resoluciones, de 13 de marzo de 2020, de la Consejería de Salud, por las que se adoptan medidas en materia de salud pública que suponen:

- La suspensión de actividades en los centros de día, centros de día de atención integral diurna, centros de apoyo a la integración, unidades de atención infantil temprana, Equipos de terapia y orientación familiar (ETOF) y todos los programas de terapia y Equipos de intervención técnica de apoyo a la familia (EITAF).
- La suspensión de actividades colectivas que impliquen a más de 1.000 personas. Las de aforo menor, prevé que pueden celebrarse si únicamente se cubre un tercio del aforo. Esta indicación es aplicable a eventos culturales, de ocio o similares. Asimismo, se establece la suspensión de las actividades en las estaciones de esquí del Principado de Asturias.
- El aplazamiento de cualquier obra o fase de obra de los centros sociosanitarios y sanitarios que afecte a su capacidad asistencial.
- Y, la suspensión de espectáculos públicos y actividades recreativas, juegos deportivos o de azar, así como de las actividades de hostelería y restauración, los recintos abiertos o semiabiertos y otros tales como locales de ensayo,

albergues, autoescuelas, centros y establecimientos religiosos, ludotecas, centros termales y de spa.

El Gobierno Estatal, tras el acuerdo del Consejo de Ministros, en su sesión de 14 de marzo de 2020, publica, en el BOE de la misma fecha, la declaración del estado de alarma. Desde entonces, las medidas adoptadas por el Principado en los distintos ámbitos competenciales se revelan insuficientes y se hace necesaria su ampliación en los siguientes términos:

- **En materia de servicios mínimos.** En los suplementos del BOPA del 16 de marzo de 2020 y por resolución de la misma fecha de las distintas consejerías se publican sus servicios esenciales del SESPA - los suplementos 6 y 7 publican los servicios mínimos de la Consejería de Salud y el SESPA, respectivamente –

Ante la evolución de la pandemia y con el fin de proteger la salud de la población se da un paso más allá. La contención de la progresión de la enfermedad hace necesario intensificar las medidas temporales de carácter extraordinario. Se delimitan los servicios sanitarios esenciales y las previsiones a adoptar para trabajadores/as de servicios que no lo son. En este sentido, en su anexo la Orden SND/310/2020, de 31 de marzo, establece como servicios esenciales determinados centros, servicios y establecimientos sanitarios. Y, estipula que desde el 2 y hasta el 9 de abril de 2020, los centros, servicios y establecimientos sanitarios no declarados servicios esenciales deben paralizar toda actividad que implique algún tipo de desplazamiento. Para trabajadores/as afectados/as por esa medida que no puedan teletrabajar se prevé la aplicación del permiso retribuido recuperable regulado en el Real Decreto Ley 10/2020, de 29 de marzo.

La importancia de las medidas aplicadas en este período temporal es de tal nivel de intensidad que se dicta la Orden SND/307/2020, de 30 de marzo, que además de interpretar la aplicación del precitado real decreto, aprueba un modelo de declaración responsable a emitir para trabajadores/as por cuenta ajena que no deban acogerse al permiso retribuido recuperable con el objeto de facilitar sus desplazamientos entre el lugar de residencia y de trabajo dado que desempeñan servicios esenciales.

Desde el 9 de abril de 2020 y hasta la actualidad se vuelve a la situación anterior en cuanto a esencialidad y servicios mínimos, sin perjuicio de las previsiones en materia de personal y centros de trabajo, listas y bolsas de empleo, nuevos recursos humanos y materiales que se han ido adoptando.

- **En el ámbito del personal y centros de trabajo de la Administración Pública**. Si hasta esta fecha se adoptan medidas de flexibilización para la realización de la jornada de empleados/as públicos y sin perjuicio de continuar atendiendo a su afectación, adaptándose a la situación epidemiológica del momento las medidas se van intensificando desde la publicación en el BOPA de 20 de marzo de 2020, de las Resoluciones, de 13 y 18 de marzo de 2020, de la Dirección Gerencia del SESPA, sobre jornada y criterios organizativos de la prestación de servicios del personal estatutario, respectivamente.

En virtud de su aplicación rigen unas instrucciones especiales sobre jornada, vacaciones, permisos, licencias y excedencias durante la situación de pandemia del COVID-19, que atienden a la necesidad de garantizar la presencia en los centros sanitarios de personal, valga la redundancia, sanitario suficiente para atender las necesidades asistenciales de la población en esta situación excepcional. Dichas instrucciones se aplican a todo el personal estatutario, laboral y funcionario que preste servicio en los centros e instituciones sanitarias del SESPA. Y, se traducen en denegar permisos, vacaciones y licencias, así como excedencias con carácter general y permisos sin sueldo, quedando a salvo los permisos por parto, acogimiento o adopción, lactancia y riego durante el embarazo.

Asimismo, a los efectos de garantizar un número de efectivos sanitarios adecuado a la evolución de la pandemia, se elaboran planes de contingencia que permitan disponer de plantillas de retén de todas las categorías profesionales, disponibles en cualquier momento. A tal efecto, se habilita la posibilidad de ordenar y ajustar cambios de turno, establecer jornadas deslizantes o cualquier otra flexibilización en la distribución del tiempo de trabajo que permita adaptarse a los requerimientos necesarios para paliar esta crisis sanitaria, estableciéndose, con carácter general la rotación mínima de las referidas plantillas cada siete días, permaneciendo, no obstante, localizada y a disposición, la plantilla de reserva de cada servicio/unidad.

Ante la necesidad de reducir el número de profesionales de presencia física, tanto en hospitales como en centros de atención primaria, evitar el contagio y a la vez cumplir con la necesidad de reforzar al personal que se encuentra en los hospitales; se decide adecuar la infraestructura de redes del Servicio de Salud para que los y las profesionales puedan acceder a la red corporativa del Principado de Asturias, y de esta manera consultar la historia clínica del y de la paciente, imágenes radiológicas, y pruebas de laboratorio desde sus casas, para incrementar el número de profesionales que actúan sin comprometer su salud.

En el **ámbito de atención primaria** se da acceso al personal sanitario mediante acceso remoto a las aplicaciones asistenciales que contienen la historia clínica del paciente. Asimismo, se dota a los centros de teléfonos móviles para poder organizar la atención telefónica de los y las profesionales sanitarios a pacientes desde sus casas. Se planifica la gestión de tal manera que un equipo de profesionales se encuentra de manera presencial en el centro, dando asistencia sanitaria a pacientes que la necesiten, un segundo equipo se encuentra de manera presencial en los centros, pero trabajando a puerta cerrada, contactando telefónicamente con los y las pacientes. El resto de profesionales atiende a los y las pacientes desde sus domicilios. El y la paciente llama al centro de salud, el personal administrativo incluye la cita en la agenda del personal sanitario y este/a accede a sus respectivas agendas y al historial del o de la paciente desde su domicilio y llama telefónicamente y le atiende.

En el **ámbito de la atención hospitalaria**, se dota a la red sanitaria de una infraestructura de servidores (construcción de una granja citrix) con capacidad suficiente para dar servicio a 500 usuarios de manera recurrente. El acceso seguro a esa granja se realizará de forma segura. La construcción de esta infraestructura se realiza en el tiempo récord de una semana. A partir del 26 de marzo el personal sanitario puede acceder a las aplicaciones que se utilizan en el ámbito hospitalario desde sus domicilios. Asimismo, se reparten dispositivos móviles entre los distintos servicios para la organización de consultas sucesivas telefónicas, evitando de esta manera que los y las pacientes se desplacen a los hospitales, pero intentando continuar con la actividad de consultas

- Desde la publicación en el BOPA el 16 de marzo de 2020, de la Resolución, de 11 de marzo de 2020, del Consejero de Salud, se adoptan medidas extraordinarias con referencia a la cobertura temporal de plazas en el SESPA, dejando en suspenso el procedimiento de designación de demandantes de empleo para todas las categorías, establecido en los artículos 16 y 17 del pacto sobre contratación temporal del SESPA y el pacto sobre la situación de promoción interna temporal, del personal estatutario del SESPA, mientras dure la pandemia.

Más tarde, para hacer frente a una adecuada atención sanitaria de toda la población, desde la publicación en el BOPA de 20 de marzo de 2020, de la Resolución, de 18 de marzo de 2020, de la Dirección Gerencial del SESPA, por la

que se establecen criterios para la adopción de medidas organizativas de la prestación de servicios del personal estatutario de los centros asistenciales del

SESPA durante la vigencia del estado de alarma, así como el número de efectivos necesarios para garantizar el funcionamiento de tales servicios, se prevé que de cada bolsa de demandantes de empleo se elabore un listado de 15 profesionales como mínimo que de manera voluntaria estén a plena disponibilidad del área sanitaria con un plazo de incorporación máximo de una hora si sus servicios fueren requeridos

3. Análisis epidemiológico y recursos disponibles

En este momento de descenso en número de casos y en el nivel de transmisibilidad del virus debemos estar muy atentos a la detección precoz de nuevos casos tanto en pacientes hospitalizados, en atención primaria, entre trabajadores/as y, por supuesto, a posibles brotes entre la población general en domicilios o en los centros residenciales. La fase de transición va precedida por la última etapa de la fase pandémica (**etapa de desaceleración**) que se caracteriza por una disminución sostenida en el tiempo de número de casos notificados. Es durante este periodo cuando debe planificarse la adecuada suspensión de las medidas de mitigación de manera escalonada.

La realidad nos indica que la infección se ha frenado porque el confinamiento generalizado hace poco probable la transmisión del virus de las personas infectadas (con síntomas o sin ellos) a otras personas.

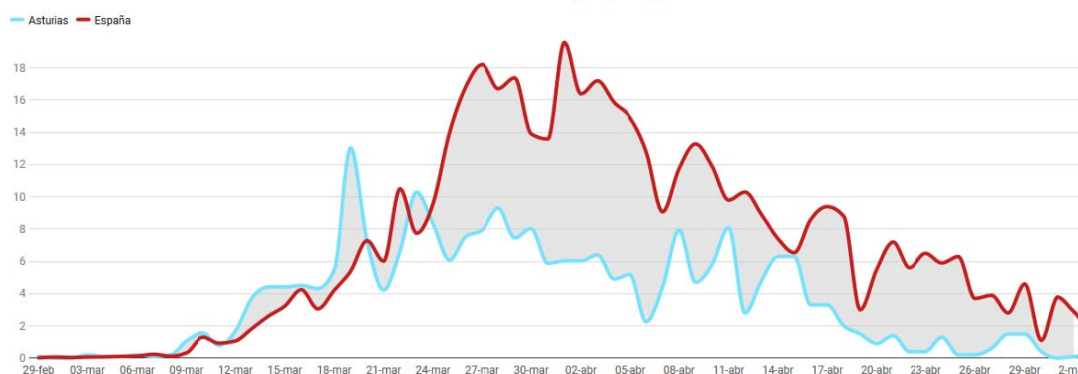
Pero no tenemos indicios de que se haya alcanzado una proporción de población inmunizada tras pasar la infección suficiente para detener la transmisión, de ahí la necesidad de los estudios de seroprevalencia que se van a desarrollar en todo el territorio nacional bajo la supervisión del Ministerio de sanidad. Necesitaríamos alcanzar niveles de un 60% de población inmunizada y los datos que tenemos sugieren que estamos en niveles inferiores, incluso allí donde ha habido más infecciones.

La realidad es que no conocemos el grado de inmunidad de la población y en ausencia de tratamientos y vacunas efectivas a corto y medio plazo, se deben establecer opciones que limiten la probabilidad de que una persona infectada transmita la infección a otras personas sin que existan medidas de confinamiento activas.

Debemos ser capaces de restituir la capacidad del sistema sanitario para atender otros problemas de salud habituales de la población, pero sin olvidar el horizonte de incertidumbre siendo posible la aparición de un rebrote que conlleve restaurar algunos elementos del confinamiento para un mejor control.

Es necesario mantener el mensaje al total de profesionales del ámbito sanitario y sociosanitario que el riesgo de infección se mantiene en esta fase de transición.

Evolución diaria de tasas de incidencia de COVID-19. Asturias y España, 2020.



DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA. Tasas de incidencia. Casos a 3.05.2020. Datos provisionales. España datos comunicados a ECDC.
Gráfico: Observatorio de Salud en Asturias, OBSA • Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Asturias • [Descargar los datos](#) • Creado con [Datavrapper](#)

Evolución de casos COVID-19. Asturias, 2020. Casos según fecha de muestra y tipo de prueba



DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA. Casos a 3.05.2020. Datos provisionales. PCR indica infección reciente. Serología (Diferentes pruebas) indica momento de infección de al menos 7 días antes.
Gráfico: Observatorio de Salud en Asturias, OBSA • Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Asturias • [Descargar los datos](#) • Creado con [Datavrapper](#)

Recursos asistenciales disponibles.

El plan de contingencia que desarrolló el SESPA al inicio de la pandemia obligó a la toma de decisiones reorganizativas que siguieron unas líneas de actuación definidas, entre las que se encontraban como punto de partida, **la diferenciación de dos circuitos con un triaje inicial en todos los niveles asistenciales.**

En líneas generales podemos decir, que, partiendo de 2.745 camas totales de hospitalización y 102 camas de **UCI en capacidad máxima**, fue necesario organizar estas camas por hospitales e incrementar el número de las correspondientes de UCI hasta una capacidad máxima de 125 camas de UCI para pacientes con COVID disponibles en el HUCA, HUSA, HUCAB y HVN; y 69 para pacientes no COVID.

En cuanto a **camas de hospitalización COVID**, partíamos de 156 camas del HUCA, donde inicialmente se concentraron los casos, hasta una ampliación de 413 camas con la participación inicial del HUCAB, HUSA, HVN y HVAB. Estos hospitales, tras la reorganización incrementaron la dotación de camas hasta alcanzar las 626 solo para pacientes COVID+ en la semana de máxima presión asistencial; encontrándose preparados para el apoyo si fuera necesario el hospital de Jarrio, H. Carmen y Severo-Ochoa y el hospital Grande Covián de Arriondas.

Fase de Transición de la Pandemia SARS-CoV-2(COVID-19) Plan de Acción de SESPA.

En la **Atención Primaria** se hizo una reorganización en el territorio, con agrupación de consultorios periféricos y locales y de los puntos de Atención Continuada. Esto ha permitido conseguir una estructura clara con zona de triaje y dos circuitos en todos nuestros dispositivos. Así mismo, su papel ha sido clave, por un lado, en el seguimiento telefónico de los y las pacientes con clínica compatible con el COVID y en aislamiento domiciliario, y por otro, en la continuidad de la atención domiciliaria en las personas con patologías crónicas o vulnerables.

Los servicios de urgencias, desde el inicio de la pandemia, se reorganizaron también siguiendo los criterios de sectorización ya referidos. En estos servicios se experimentó una importante disminución de la actividad de incluso un 30-40% según hospital, aunque estas no estuvieron limitadas en ningún momento por ningún procedimiento.

El SAMU, y específicamente el CCU, coordinó desde un primer momento las llamadas de la población, las llamadas de centros sanitarios, traslados y derivación de pacientes entre niveles asistenciales. Asignación de nuevas funciones al Centro Coordinador del 112 para la gestión y el desarrollo de todos estos nuevos circuitos.

La coordinación sociosanitaria, desarrolló la puesta en marcha de centros específicos, con personal sanitario, para dar respuesta a necesidades de ciudadanos con problemas sociales y dio apoyo sanitario a todas las Residencias de Mayores, tanto en el ámbito asistencial como de administración de material necesario.

En este momento de transición, tras el despliegue de recursos parece necesario y prudente el mantenimiento de estas estructuras, y un repliegue sobre las mismas según vaya aumentándose la actividad normalizada de los distintos niveles asistenciales con capacidad de adaptación a un probable incremento de la incidencia de la epidemia, en caso de que fuera necesario.

4. Objetivo general

Recuperar de manera **progresiva y controlada** la actividad asistencial ordinaria en el SESPA, tras el análisis de la situación y teniendo en cuenta todos los factores que pueden influir en esta transición, con la máxima calidad en la atención y seguridad tanto en pacientes como profesionales.

Esta recuperación de la actividad se hará sin perder de vista la situación epidemiológica en la que nos moveremos, cuestión que se evaluará diariamente, manteniendo, por ello, las estructuras y los procesos organizativos que nos permitirán afrontar una situación de un nuevo aumento de incidencia.

5. Líneas estratégicas

Serán las mismas, como no puede ser de otra manera que las seguidas en el plan de contingencia inicial y que a continuación se explican.

- A. Mantener y aumentar la Coordinación entre niveles asistenciales y no asistenciales ejercida durante la fase de máxima incidencia de la enfermedad** (Atención Primaria -Atención Hospitalaria - SAMU-Servicios Centrales del Servicio de Salud-Consejería de Salud-Consejería de Derechos Sociales y Bienestar-Otras Administraciones Públicas) y entre las Áreas Sanitarias, manteniendo los grupos de trabajo y de toma de decisión establecidos hasta el momento.
- Comité de coordinación de Asturias frente al coronavirus COVID-19 en colaboración con la Delegación de Gobierno
 - Comité de seguimiento por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19)
 - Comité de seguimiento y toma de decisiones a nivel de Servicios Centrales
 - Comisiones de seguimiento en cada Área Sanitaria
 - Equipos gestores de casos en cada Área Sanitaria
 - Comisión de seguimiento de SAMU
 - Reuniones periódicas informativas con las Organizaciones sindicales (OOSS).
- B. Mantener las medidas de prevención y protección de la salud:** Establecimiento de medidas sistemáticas generalizadas de protección ante la infección para todos los y las profesionales y usuarios del ámbito sociosanitario en consonancia con las medidas tomadas por las autoridades a nivel nacional y autonómico.
- C. Garantizar una respuesta adaptativa inmediata:** En este momento de transición, debemos estar seguros y ser cautelosos en la toma de decisiones hacia la normalización de la actividad asistencial. Se debe garantizar una respuesta inmediata para retornar a situaciones previas en cualquier momento y si fuese necesario, en base a la evolución y los posibles cambios de la enfermedad.
- D. Mantener las medidas en relación con la formación e información:** esta crisis nos exigió el desarrollo de nuevas formas de trabajo y ha demostrado que somos capaces, de forma inmediata y con éxito, de adoptar cambios que debemos valorar como una oportunidad para el futuro, como son la integración de las medidas de seguridad ante cualquier tipo de infección, la operatividad y eficacia en el desarrollo de circuitos asistenciales, el uso de la telemedicina como algo integrado en nuestra labor, el desarrollo y la práctica de la cooperación entre niveles asistenciales y con otras instituciones y organismos. En definitiva, debemos continuar con un camino formativo hacia la solidez en estas líneas de trabajo.

6. Medidas de carácter general

El contexto en el que nos encontramos, para iniciar la fase de transición, se hace necesario poner en marcha medidas **organizativas extraordinarias** de carácter asistencial. Estas medidas permitirán optimizar los recursos materiales y humanos disponibles, y favorecer los **flujos de pacientes y circuitos asistenciales**.

1.- **Reorganización de profesionales de atención primaria y hospitalaria**, con valoración y, en su caso, negociación de una distribución horaria de trabajo diferente, adaptada a la nueva situación y fomentando el **trabajo telemático** y la **atención telefónica** a los y las pacientes, tanto para dar respuesta a sus llamadas como para, de forma proactiva, hacer seguimiento de su situación en el domicilio.

Se realizará un **dimensionamiento** de la plantilla valorando la necesidad de mantener o realizar nuevas contrataciones, condicionado al calendario de permisos, licencias, vacaciones y las necesidades para retomar la actividad asistencial.

Se ha realizado una **evaluación del estado inmunológico de las plantillas de personal sanitario**, para valorar la proporción de trabajadores/as aptos para el trabajo asistencial directo. Este estudio de la situación inmunológica de los y las profesionales se planificará, de forma cíclica, con control por parte de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y priorizando las unidades de mayor exposición al COVID.

2.- **Integración en la práctica asistencial diaria del uso adecuado de medidas de protección individual** tanto de higiene de manos como métodos de barrera, ya que la convivencia con el COVID 19 se mantendrá a largo plazo. En cada uno de los niveles y unidades asistenciales se utilizarán las medidas de protección adecuadas según los protocolos definidos, como establece el Anexo I, tanto para profesionales como para pacientes y acompañantes. Así mismo, se mantendrán los circuitos cerrados de televisión en las plantas de hospitalización de pacientes afectados COVID19, para mayor seguridad de pacientes y también de profesionales.

3.- Mantenimiento de las medidas de mejora en el área de sistemas de información sanitaria que incluye:

- El desarrollo de un cuadro de mando con indicadores de vigilancia epidemiológica, actividad asistencial, recursos materiales y humanos, y de seguimiento presupuestario.
- El seguimiento de pacientes de forma telemática evitando aglomeración en los dispositivos asistenciales en todo el SESPA. La **consulta no presencial** es una modalidad cuyo potencial debe mantenerse de manera estructural en las agendas de todos los y las profesionales.
- El **acceso remoto seguro a todas las aplicaciones informáticas del SESPA** que permiten que los y las profesionales sanitarios puedan acceder a la historia

clínica electrónica e imágenes de los pacientes, y que profesionales no sanitarios pueden realizar diferentes trabajos administrativos y asistenciales telemáticamente, como:

- ✓ Nuevo **circuito para gestión de las Bajas Laborales** de forma no presencial.
- ✓ **Adaptación de la Receta electrónica** para que los y las pacientes no tengan problema para adquirir su medicación crónica en las farmacias.

4.- Mantenimiento del **triaje y el doble circuito** desarrollado en todos los dispositivos asistenciales.

5.- Mantenimiento de la **reagrupación de los dispositivos en atención primaria** según evolución de la incidencia de la enfermedad.

6.- **Intensificación de la realización diaria de número de muestras PCR** inicialmente, hasta el máximo que permitan los recursos; diversificando en otros centros sanitarios, además del HUCA para abarcar un mayor número de pruebas. **Incorporación de la realización de test rápidos** serológicos para la detección del grado de inmunidad. En esta fase estará indicado realizar pruebas diagnósticas tanto de infección como de inmunidad a: todos/as los y las pacientes que accedan a circuitos de hospitalización, cirugía, pruebas invasivas, todos/as los y las pacientes con sospecha de COVID en urgencias hospitalarias y en Atención Primaria, y a todos/as los y las pacientes con síntomas leves de COVID a seguimiento en domicilio.

7.- Promoción de la **formación e investigación** con:

- Información actualizada para los y las profesionales sobre el comportamiento del SARS-CoV2 (COVID-19) y de la situación epidemiológica a nivel mundial, nacional y autonómica.
- la formación sobre medidas de protección del personal para todos/as los y las profesionales implicados en la atención de pacientes, desarrollada en cada Área Sanitaria.
- el refuerzo de la información a la población y educación para la salud : sobre consultas telemáticas, el acceso adecuado de centros sanitarios en todos sus niveles asistenciales, medidas higiénicas y de autoprotección.

8.- Desarrollo total del **Trabajo en RED** de forma secuencial según la evolución de la pandemia, con una coordinación y colaboración continua entre SSCC del SESPA y las Áreas Sanitarias, con el objetivo de confinar, en la medida de lo posible a pacientes afectados por COVID-19.

9.- Reorganización y puesta en marcha de circuitos específicos que permitan de una forma ordenada y progresiva abordar el periodo de transición, en relación con:

- **Circuito de laboratorio que procesa PCR y ELISA:** la creciente necesidad de procesamiento de pruebas diagnósticas provoca cuellos de botella que serán resueltos aumentando el número de hospitales de la red pública que implementen estas pruebas. De esta manera, si inicialmente ha sido el HUCA el que ha llevado el peso, en estos momentos está en disposición de diversificar el procesado a hospitales de la red pública como son HUCAB, HUSA y HVAB. De esta forma se abordará una mejora en el tiempo de resolución de la prueba diagnóstica.
- **Circuito de ingresos y altas hospitalarias:** la conversión que han sufrido los hospitales para poder ingresar pacientes COVID, ha provocado una disminución de camas de hospitalización para los ingresos NO COVID, y a lo que se añade la necesidad de destinar camas para pacientes pre-COVID (pendientes de resultado). Esto lo que provoca finalmente es un índice de ocupación elevado que ha sido posible asumir gracias a la disminución de la actividad asistencial que se instauró en el periodo de alerta, por lo que plantas destinadas habitualmente a pacientes quirúrgicos se optimizaron según estas nuevas necesidades.

Para dar respuesta a este índice de ocupación, durante la fase de Alarma, ha sido necesaria la puesta en marcha de dispositivos asistenciales, externos a la capacidad instalada del Servicio de Salud, como los centros privados, concertados y el Centro CREDINE.

En esta Fase de Transición podemos y debemos contar con el recurso instalado en el recinto Ferial Luis Adaro, el Hospital Provisional 144, que puede disponer de hasta 144 camas para dar respuesta a esta necesidad. Este recurso está pensado y preparado para recibir pacientes positivos COVID 19 que presenten una sintomatología leve, o ya estén en fase de recuperación de la enfermedad, pero que no sea posible derivarlos a sus domicilios o residencias ya que deben estar en situación de aislamiento y precisan una serie de cuidados hasta la vuelta a sus hogares.

Funcionalmente, este hospital se plantea como una extensión de una planta del Hospital Universitario de Cabueñes (HUCAB), facilitando así la sistemática de trabajo, la infraestructura informática, y la dependencia de otros Servicios como Análisis Clínicos, Radiología y Farmacia.

- **Colaboración y comunicación continua con centros sanitarios concertados y privados** según necesidad de respuesta a las demandas que se van generando en el desarrollo de la pandemia.

10.- Refuerzo de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y los Servicios de Medicina Preventiva de las áreas de salud con protocolización de la actuación de estos desde Servicios Centrales para evitar la variabilidad. Por ello en la próxima estructura del Servicio de Salud se contempla la creación de una Unidad de Prevención de Riesgos Laborales dentro de la Dirección de Profesionales y se desarrollaran las Unidades de Promoción, Prevención y Vigilancia de Salud Pública definidas en el vigente Decreto de Estructura del Servicio de Salud.

7.- Líneas de actuación:

Se llevarán a cabo, las siguientes **acciones generales**, en cada uno de los ámbitos asistenciales:

Atención primaria

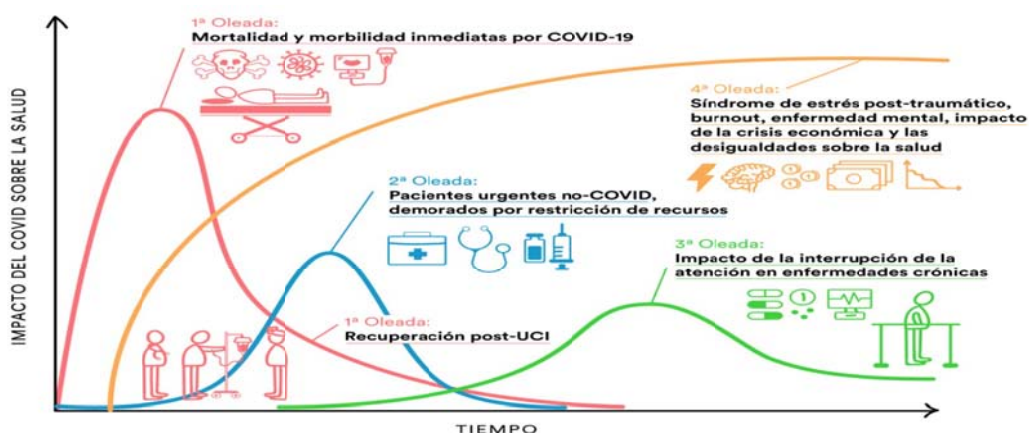


Figura 2. Las oleadas previsible. [Realizada a partir de otras de autoría ignota encontradas en la red]. Agradecemos a Escarlata Almenar la ayuda gráfica

Propuestas para la transición asistencial

1. Se mantendrá para la población, la comunicación telefónica, como vía preferente de contacto con los dispositivos asistenciales de Atención Primaria. Esta llamada previa al Centro de Salud permite realizar la valoración de la necesidad de que la atención sea presencial, telefónica, domiciliaria o de trámite administrativo.

Para ello es necesario la adecuación de líneas de entrada telefónica a los Equipos de Atención Primaria y la puesta en marcha de nuevas formas de comunicación como la videollamada o el correo electrónico.

2. A la entrada se realizará control de temperatura corporal a distancia y en el caso de $>$ de $37,5^{\circ}\text{C}$, el o la paciente se dirigirá al punto de triaje donde se valorará la realización de muestras COVID-19 y, posteriormente, se le indicará aislamiento en domicilio hasta conocer los resultados, siempre y cuando la consulta pueda ser demorada. En función de estos se programará de nuevo, si procede, cita para la consulta.

A su vez, en dicho punto de acceso también habrá carteles informativos con las siguientes indicaciones:

- Retirada inmediata de guantes en esa ubicación, sí los portara en ese momento.
 - Realización de higiene de manos con solución hidroalcohólica, siguiendo indicaciones.
 - Colocación de mascarilla quirúrgica.
 - Deberá respetar en todo momento la distancia mínima de seguridad de dos metros, respetando las medidas de barrera instaladas en cada dispositivo asistencial.
 - Se le indicará que no deberá ocupar los asientos bloqueados.
3. Continuar con el **triaje** en cada dispositivo, con modelos compatibles con mayor flujo de pacientes: enfermería con acceso telefónico a profesional de medicina de retén.
 4. Mantener la cobertura de **circuito respiratorio** (puede incluir domicilio COVID no demorable y consulta presencial COVID) con retenes que tengan actividad reducida ese día.
 5. **Dotar** adecuadamente de recursos a Atención Primaria para abordar de manera eficaz la actividad de identificación, notificación y seguimiento de casos y contactos que generará la realización sistemática de **pruebas** a casos posibles. Dichas pruebas, test de anticuerpos y PCR, se solicitarán y se registrarán desde la Historia Clínica de Atención Primaria (OMI).
 6. Reforzar la **autogestión** organizativa de los EAP
 - a. Promoviendo la ampliación o diversificación de horarios de trabajo para evitar exceso de circulación de personas.
 - b. Retornando progresivamente a la **consulta presencial**, estableciendo límites de seguridad, potenciando la consulta programada por los propios profesionales sanitarios (ENF/MED).
 - c. Definiendo de forma **ordenada las agendas de profesionales** (presencial, teléfono, receta/IT, domicilios), tendiendo a recuperar agendas de cada profesional, teniendo en cuenta los períodos de retén COVID/TRIAJE o nuevos circuitos establecidos.
 - d. Las **agendas** para próximas semanas con un máximo de 10 -15 consultas presenciales (flexible según equipo) añadiendo de forma intercalada agenda de consultas telefónicas programadas y a demanda, y domicilios con el objetivo de que el aforo de las salas de espera permita la distancia de seguridad de dos metros.

7. Reforzar la coordinación entre las **Unidades Administrativas** de ZBS en cada área sanitaria, y su papel esencial en el EAP.
 - a. Establecer procedimientos claros y consensuados sobre su **papel en la gestión de la demanda** telefónica y consulta presencial: funciones de filtro informativo, separación de consultas burocráticas (parte de IT, receta, consulta, otros), resolución de burocracia y gestión de colas.
 - b. Desde la unidad administrativa se ofrecerá siempre **consulta telefónica**, que se mantendrá como modelo prioritario, decidiendo el/la profesional (MED/ENF) en cada caso si cita para consulta presencial.

8. Reforzar la **información a la población** con cartelería y campañas institucionales, para promover el uso adecuado de los servicios sanitarios en esta crisis, potenciando la atención y el contacto telefónicos previo con el centro de salud

9. Valorar la realización de **analíticas y pruebas diagnósticas** para estudio de cuadros sintomáticos que la justifiquen, seguimientos de pacientes crónicos de alto riesgo, o controles en situaciones clínicas de riesgo. Por lo tanto, las analíticas en asintomáticos y pacientes crónicos de bajo riesgo se realizarán con prescripción clínica justificada.

Para ello en la zona de extracciones se modificarán las agendas con citaciones espaciadas y reorganizadas en el tiempo para evitar aglomeraciones.

10. Poner en marcha estrategias de **captación proactiva de población vulnerable**, enfermos pluripatológicos y dependientes.
11. Recuperar, de forma progresiva, la actividad presencial de **trabajo social y resto de unidades de apoyo (USBD, fisioterapia, psicología clínica)** pero estableciendo al inicio cartera de servicios de alta prioridad.

Las agendas se modificarán para que las citas sean más espaciadas en el tiempo y se reorganizará el trabajo en otros horarios, sí es preciso, para evitar aglomeraciones, incidiendo en aquellos servicios que se prevé una mayor demanda como fisioterapia o trabajo social.

12. Retomar **estrategias de promoción y educación** para la salud orientadas a la situación actual, reactivación de redes comunitarias (Servicio de Salud Poblacional), por medio de sistemas de participación y reunión no presencial (tecnologías de la comunicación)
13. Fomentar medidas de **desburocratización**, manteniendo las ya implementadas:
 - a. Receta electrónica sin formato papel, incapacidad temporal con reconocimiento no presencial.
 - b. Optimizar la integración de la HCE entre niveles asistenciales.

14. Reforzar la **comunicación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria** con el objetivo de optimizar y agilizar la resolución de los casos clínicos que lo permitan. Se pondrán en marcha consultas virtuales con los servicios hospitalarios más prevalentes.
15. Mantener la reunificación **de los puntos de Atención Continuada** y con ello, la reorganización y refuerzo de los recursos humanos necesarios para poner en marcha la estructura actual necesaria para el COVID.
16. Mantener la **agrupación de dispositivos** asistenciales en jornada ordinaria. Se valorará de forma escalonada en el tiempo y caso por caso, la descentralización de los Consultorios Periféricos o Locales.

Atención hospitalaria

Propuestas para la transición asistencial

1.- En este escenario de transición se debe realizar la **detección de infección y/o de respuesta inmune contra SARS-CoV-2 (COVID-19) precoz** en las siguientes situaciones:

- A todos los y las pacientes que acudan al hospital para:
 - ser sometidos/as a cualquier intervención quirúrgica, si no existe constancia de inmunidad frente a COVID reflejada en su Hª clínica electrónica, se les realizará PCR previa a la intervención para descartar infección activa. También se valorará incluir en el estudio preoperatorio la prueba de anticuerpos con el objetivo de determinar si presentan inmunidad (IGg) contra el SARS CoV 2.
 - ser sometidos/as a cualquier prueba invasiva, si no existe constancia de inmunidad frente al COVID reflejada en su historia clínica electrónica, se les realizará PCR previa a la prueba para descartar que puedan tener infección activa y test de anticuerpos para determinar si presentan inmunidad. Se definirá en Servicios Centrales del Servicio de Salud el listado de pruebas invasivas básicas, que será complementado en las áreas de mayor complejidad, y en las que se precise realización de pruebas de detección de COVID 19.
- cualquier ingreso programado

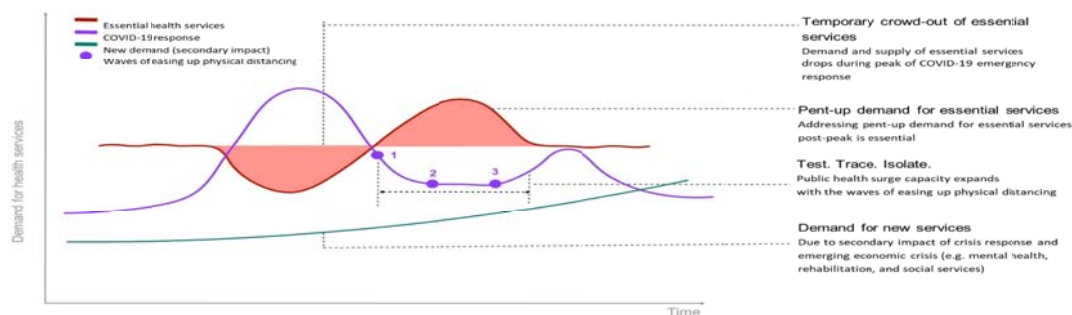
2.- En cuanto a **puntos de acceso**:

- En los puntos de acceso se realizará control de temperatura corporal a distancia. Si $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ se le derivará al circuito COVID establecido en su área de salud.
- Se le indicará al o la paciente la realización de las siguientes acciones:

- Retirada inmediata de guantes en esa ubicación (si los portara en ese momento)
- Realización de higiene de manos con solución hidroalcohólica
- Colocación de mascarilla quirúrgica.
- Extracción de ticket sí acude a una consulta programada, indicándole que no podrá realizarlo hasta 15 minutos antes de la consulta.
- Se le facilitará la siguiente información y se realizarán las siguientes recomendaciones:
 - Localización exacta de la ubicación de la cita a la que acude.
 - Deberá respetar en todo momento la distancia mínima de seguridad de 2 metros, respetando las medidas de barrera establecidas por cada centro sanitario.
 - Se le indicará que no deberá ocupar los asientos bloqueados
 - Se le recomendará siga las instrucciones del personal del hospital y la cartelería asociada en los diferentes ámbitos.

3.- En cuanto a **circuitos**:

- **Se mantendrán los dispositivos de filtro de acceso** al hospital tanto en el ámbito de consultas, como de ingreso hospitalario y en la asistencia a los servicios de urgencias, **así como la estructura de circuitos COVID** que se tenían definidos en todos los ámbitos.
- Todos los hospitales tendrán un plan de adaptación de respuesta rápida para el covid 19, que garantizará volver al escenario y capacidad actual, pensando en un posible repunte de ingresos por aumento de la incidencia. Esta capacidad de respuesta se debería mantener hasta diciembre 2020-enero 2021, tras ver cómo se comporta el virus en época gripal.
- **Se mantendrá la estructura como HOSPITALES COVID (HUCA, HUCAB, HUSA, HVN y HVAB) y NO COVID (HOA, HCSO y HJARRIO)** definida en este momento, hasta valoración de la evolución de la incidencia de la infección en la población.
- **Recuperación progresiva de los recursos** que fue necesario redistribuir para su concentración y atención de plantas/UCIs /quirófanos covid.
- Se indicará en la Historia Clínica de cada paciente **su situación inmunológica** a medida que se vayan realizando pruebas, dicha información se situará como alerta para que sea visible en cualquier ámbito de atención.



Incremento de la demanda de servicios de salud. Gestión del sistema dual de respuesta como la nueva normalidad. WHO.

4.- En cuanto a la **organización asistencial**:

HOSPITALIZACIÓN:

- Definición de profesionales que puedan estar en **primera línea asistencial** por su estado inmunológico, ausencia de comorbilidad y resto de circunstancias personales valorables
- Implantación progresiva de **acompañamiento de pacientes** con las medidas de seguridad que se requieran según procedimiento.
- Recuperación progresiva del **Plan de Humanización** en todos sus ámbitos.
- Mantenimiento de **circuitos diferenciados** COVID y NO COVID.

CONSULTAS:

- Participación de las personas que ocupan mandos intermedios de medicina, enfermería y de gestión junto con la Dirección del Centro, en la valoración de **prioridades en el periodo de transición**.
- **Organización de las agendas** con más espaciado entre citas y alternando con consultas no presenciales, evitando así la aglomeración de pacientes en salas de espera y permitiendo la distancia de seguridad de dos metros.
- Potenciar el desarrollo de agendas de consultas **sucesivas no presenciales** con posibilidad de videoconferencia y consultas virtuales colaborativas evitando así el desplazamiento de pacientes.
- Promover **las consultas de alta resolución**.
- Mantener el **“acceso seguro”** para facilitar la preparación de las consultas y organización de la actividad.

- **Restringir el acompañamiento a una persona** cuando el paciente sea pediátrico, dependiente y/o vulnerable

SALUD MENTAL

- Se reforzarán las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental y se potenciará la figura del Psicólogo/a en Atención Primaria. Se reactivarán los programas incluidos en el Plan de Salud Mental actual.
- Se mantendrá el teléfono de apoyo psicológico puesto en marcha durante la crisis, si bien de forma progresiva se recomendará, a los pacientes que ya sean usuarios de la Red de Salud Mental se pongan en contacto con su dispositivo de referencia para poder comunicarse con su terapeuta habitual de cara a la continuidad adecuada de su tratamiento o si es preciso soliciten cita en su centro de referencia.

QUIRÓFANOS:

Cada uno de los centros presentará su **plan de reactivación** de la actividad quirúrgica, que deberá seguir algunos criterios generales:

- Participación de las personas que ocupan mandos intermedios de medicina, enfermería y de gestión con la Dirección del Centro, en la valoración de **prioridades en el periodo de transición**.
- Si es preciso, se permitirá un/a **acompañante por paciente**, pero se fomentarán formas alternativas de información como la telefónica o la videollamada.
- Habiéndose mantenido las intervenciones oncológicas de las especialidades durante el periodo de alarma, durante esta nueva fase, se dará prioridad a las intervenciones preferentes que deban intervenir en menos de tres meses. Y, además, las áreas quirúrgicas que se potenciarán inicialmente serán **la CMA** y las patologías que requieran un ingreso breve.
- Realizar en la **consulta preoperatoria una prueba de anticuerpos** para valorar la inmunidad del o de la paciente que quedará reflejado en la H^a Clínica.
- **Si la prueba** de anticuerpos anterior **resultó negativa**, será necesaria la realización de **PCR** previa al ingreso a los y las pacientes para cirugía programada. Esta se realizará preferiblemente 24 horas antes de la intervención en el dispositivo más accesible, definido por cada área de salud. En todo/a paciente que deba ser sometido a **Cirugía Urgente** se le realizará PCR en Urgencias, si la intervención permite cierta demora se esperará al resultado antes de la intervención para establecer el circuito apropiado. Si no se permite dicha demora cada centro establecerá su protocolo con el fin de practicar la

intervención, enfocando el seguimiento postoperatorio en función del resultado de la PCR.

- **Si en el apartado anterior, la PCR es positiva**, el o la paciente se trasladará, sí la intervención permite cierta demora y en la medida de lo posible a los siguientes hospitales: HUCA, HUCAB, y HUSA . (Pacientes de las áreas I y III se derivarán al HUSA, pacientes de las áreas II y IV se derivarán al HUCA, pacientes del área V y VI al HUCAB, y los pacientes del área VII y VIII al HUCA y HUCAB) donde habrá un espacio quirúrgico expresamente habilitado a tal efecto.
- La programación de la actividad quirúrgica deberá seguir **criterios de preferencia clínica y los criterios de riguroso orden de lista de espera**, realizando una óptima gestión de colas.
- Es importante ahora más que nunca tener tasas de indicación quirúrgica ajustada, **evitando la sobreindicación**.
- Se aumentará de forma progresiva la actividad quirúrgica con y sin ingreso, hasta alcanzar una utilización y un rendimiento óptimos de los recursos, según indicaciones y evolución de la pandemia.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

- Se mantendrá la dualidad en los circuitos (COVID+, NO COVID) con una recuperación secuencial de las camas de UCI y de reanimación posquirúrgica que facilite un incremento paulatino y controlado de las intervenciones quirúrgicas en los hospitales con UCI.
- Para ello se debe valorar:
 - HUCA y HUCAB como UCIs de referencia para ingreso de los COVID+ , a la vez que recuperan plazas de reanimación, manteniendo la capacidad de volver al punto inicial de forma dinámica y adaptada.
 - Adecuación de la UCI del HUSA para permanencia como UCI mixta diferenciada y recuperación de las camas de reanimación postquirúrgica.
- Todo ello de forma secuencial y con vigilancia activa, comenzando por dejar de ingresar a corto plazo a pacientes COVID+ en HVN, derivando los ingresos de pacientes que requieran cuidados avanzados a las UCIs del HUCA, HUCAB y HUSA.
- Esta distribución es flexible, pudiendo reorganizarse al alza en caso de necesidad, y sumarse la participación de HVN tras valoración de un posible incremento de

incidencia epidemiológica que provoque aumento de presión sobre hospitalización y UCI para los cuidados de estos pacientes.

URGENCIAS HOSPITALARIAS

1. Se mantendrán circuitos independientes para pacientes **SOSPECHA COVID -19 y pacientes no sospechosos de COVID, con otras patologías**; además de mantener circuito independiente para familiares acompañantes que se ubicarán fuera del espacio de Urgencias. Se tratará de gestionar la **información a familiares por medios no presenciales** por los que será necesario recoger los datos del familiar a informar (nombre, apellidos y teléfono de contacto) contando siempre con el permiso del paciente.
2. Se recomienda que, salvo situación urgente o emergente, la derivación al Servicio de Urgencias Hospitalarias sea valorada previamente por un/a profesional sanitario/a, a través del Centro de Salud o CCU/SAMU.
3. Se establecerá un **pre-triaje**, a la entrada de todos los servicios de urgencias, para diferenciar dos circuitos, en el que se pondrá mascarilla quirúrgica a todo/a paciente y acompañante:
 - Pacientes con clínica respiratoria y/o fiebre (**SOSPECHA COVID-19**) que **se derivarán a la zona de triaje COVID**
 - Pacientes con cualquier otro tipo de clínica. (**NO COVID-19**) que **serán derivados al triaje general**.
4. Desde la zona de pre-triaje se derivará, a pacientes con sospecha compatible, a zona de triaje COVID donde se realizará toma de constantes y primera valoración para ubicación (síntomas leves o necesidad de ingreso en unidad de boxes). Si su situación clínica lo permite se solicitará, como primera prueba, una radiografía de tórax para el diagnóstico precoz de posible lesión pulmonar/neumonía, compatible con infección por COVID.
5. En HUCA, HUCAB y HUSA, en caso de aumento de la presión asistencial, los pacientes **SOSPECHA COVID-19 con sintomatología leve**, serán atendidos en **los diferentes puestos externos instalados, en los que se ubicará un dispositivo portátil para la realización de radiografías (Hospital Militar de Campaña en el HUCA y Puestos Médicos Avanzados en Cabueñes y Avilés)**, y los **NO COVID-19** entrarán al Triage de **pacientes NO COVID-19**, del Servicio de Urgencias Hospitalarias.
6. En el **resto de los hospitales** existirán **dos zonas de triaje** en el interior de los Servicios de Urgencias. Una para SOSPECHAS COVID-19 y otra para NO COVID -

19. En el triaje de SOSPECHAS COVID-19 se separarán pacientes leves ambulantes, y pacientes con criterios de ingreso que precisen ubicarse en un box.
7. A los y las **pacientes leves, sin criterios de ingreso**, se les mantendrá en zona destinada para ellos, independiente del resto, se les realizarán pruebas diagnósticas incluyendo PCR de COVID-19 y tras valoración clínica y de pruebas correspondientes, se les **dará el alta, con recomendaciones terapéuticas generales**, de aislamiento en domicilio y **seguimiento telefónico por AP encargados de informar sobre resultado de PCR**.
8. A los y las pacientes **SOSPECHA COVID-19 que precisen ingreso**, se les ubicará en zona destinada independiente, con criterios de aislamiento de gotas y contacto y se les realizará **prueba diagnóstica para COVID-19**, previo al ingreso que en caso de confirmación serán trasladados a las plantas de hospitalización asignadas para estos/as pacientes. El **CCU del SAMU** será el encargado de gestionar la **derivación a UCI** para pacientes que lo precisen, según disponibilidad de camas asignadas.
9. Todo **traslado de paciente debe ser comunicado por el o la médico responsable** del caso, hablando directamente con el o la profesional responsable de la Unidad de destino.

SAMU

1. El SAMU a través de los números asignados (984100400 – 900878232 – 112+1) y en coordinación con el Centro Coordinador de Urgencias dará respuesta a:
- **Preguntas de la población** general sobre COVID-19
 - **Llamadas** de usuarios/as con clínica compatible con COVID 19, y decidirá si se quedan en domicilio con recomendaciones de aislamiento y seguimiento por AP o deben ser derivados a Urgencias del Hospital de referencia para ser valorados.
 - Desde el CCU–SAMU se **recomendará a todos los y las ciudadanos/as con síntomas respiratorios y con clínica leve** que se queden en su **domicilio** con instrucciones básicas de aislamiento. Se le remitirá a la información general sobre Coronavirus que hay en Astursalud. Se debe: controlar temperatura, utilizar antitérmicos y en caso de empeoramiento volver a llamar.
 - Se gestionará realización de PCR, según circuito establecido a través de los Equipos de Atención Primaria, a todo paciente que quede en observación domiciliaria, además del estudio de posibles contactos a realizar por el Servicio de Vigilancia Epidemiológica

- El Centro Coordinador de Urgencias (CCU) del SAMU será el responsable de **regular el flujo de pacientes que tengan un diagnóstico positivo**, y que requieran ingreso hospitalario.

2. Se mantendrá el dimensionamiento en **el CCU del SAMU** de forma adecuada, según vayan surgiendo o disminuyendo necesidades.

3. Se pondrán **medios suficientes de transporte para trasladar**

- Pacientes con COVID positivos o con sospecha , a los diferentes dispositivos asistenciales.
- Pacientes con otras patologías, para los que de forma progresiva se irán restableciendo los circuitos de transporte previos a la pandemia, a medida que se vayan programando actividades asistenciales en los Centros.

8.- Servicios de Especial Atención:

PACIENTES CON TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO EN EL HOSPITAL. UNIDADES DE HEMODIÁLISIS.

Los y las pacientes con **COVID-19 y patología renal** que precisan hemodializarse, son susceptibles, debido a su comorbilidad a requerir **ingreso hospitalario**.

Serán ingresados/as en los hospitales establecidos para ingresos por COVID-19 en población general. Es decir, en el HUCA, el HUSA, HUCAB, HVN y HVAB. El resto de los hospitales se incorporarán de forma progresiva según vaya evolucionando la epidemia en Asturias.

A continuación, se enumeran una serie de **medidas de carácter general**, que en cada hospital se adecuarán según la estructura disponible.

- Se distribuirá y explicará una **nota informativa** a todos los y las pacientes sobre el modo de actuar en caso de clínica compatible, así como de medidas higiénicas.
- Se realizará un **control estricto de la asignación de pacientes a cada** profesional de enfermería en cada sesión de **Hemodiálisis**. Es necesario que, salvo causa mayor, siempre sea el mismo personal el que atienda a cada paciente durante toda la sesión (incluidas las incidencias que puedan surgir durante el café/descanso). Esta medida tiene como objeto el poder mantener en todo momento la **trazabilidad** de los contactos dentro de la Unidad en caso de aparición de casos positivos, y de esta manera poder tomar de manera rápida las medidas necesarias.

- Cuando haya pacientes con COVID-19 en las Unidades de Hemodiálisis, todo el **personal** llevará **equipo de protección definido en los procedimientos**.
- Un/a paciente con COVID-19 realizará la **diálisis**:
 - En las **UCIs**, si está allí ingresado.
 - En una **habitación de la/las plantas** destinadas para COVID-19, destinada para ello. Esta habitación se habilitará para poder realizar la hemodiálisis con un aparato de Tratamiento de Agua portátil, un monitor, mangueras y todos los utensilios que se precisen.
- Si llega a las Unidades de **Hemodiálisis** un/a **paciente considerado sospechoso/a** (síntomas compatibles) que está estable desde el punto de vista clínico, se le ubicará en una zona alejada del resto de pacientes y se le pasará en último lugar a la sala de Hemodiálisis.
- Estos/as pacientes de sospecha se colocarán en un **puesto con medidas de aislamiento de contacto y por gotas**. Se tomarán las **muestras necesarias** y se realizará la sesión de **Hemodiálisis**. **El o la paciente esperará en el puesto aislado** hasta que lleguen los resultados.
 - Si fuese **positivo** dicho **resultado**, ingresaría en el hospital que se le asignase y se procederá a avisar a la persona que gestiona los casos de cada área sanitaria.
 - Si fuese **negativo** el o la Nefrólogo/a le avisará del resultado y le dará el alta a su domicilio o lo ingresará a cargo de Nefrología si lo considera con criterios de ingreso. Una vez el o la paciente abandone el sillón de Hemodiálisis se avisará al servicio de limpieza para que realicen la limpieza oportuna.

PACIENTES ONCOLÓGICOS

Los y las pacientes **oncológicos/as**, debido a su patología de base o a los efectos que puede causar su tratamiento potencialmente **inmunosupresor**, se convierten en pacientes especialmente vulnerables ante esta situación epidémica.

En los centros sanitarios del SESPA se tomarán las siguientes medidas:

- Como norma general, se intentará que **acudan** a los centros de salud y hospitales **lo imprescindible**. De forma que, se revisarán las consultas sucesivas de seguimiento presencial y se transformarán en **telefónicas**.
- Se tomarán las medidas pertinentes para que se reduzcan las **visitas** a estos/as pacientes cuando **precisen ingreso a lo mínimo** e imprescindible. En todo caso, nunca más de una persona por paciente.
- En el caso de que se precise tratamiento hospitalario en **hospitales de día onco-hematológicos**, se realizarán los tratamientos en puestos que estén separados al menos **2 metros**. Se deberá, si la situación lo requiere, alargar el tiempo de apertura de estos espacios mediante jornada deslizante o similar.
- De forma general, durante el tratamiento se **evitará el acceso a acompañantes**.

- Se darán, preferiblemente por escrito, **recomendaciones** para pacientes en tratamiento potencialmente inmunosupresor y para sus familiares, sobre medidas higiénicas y de aislamiento para evitar contagios. En todo momento, pacientes y acompañantes llevarán mascarilla quirúrgica.
- Se valorará individualmente la necesidad de la realización de analítica previa a tratamiento para comprobar el estado inmunológico del paciente frente al COVID.

PACIENTES PEDIÁTRICOS

Menos del 9% de pacientes con COVID-19 son **menores de edad** y tan solo el 1%, son menores de nueve años. En estas edades se ha objetivado una sintomatología y evolución más benigna que en el resto de los grupos poblacionales, y los casos de fallo respiratorio y/o shock séptico fatal son excepcionales.

En nuestro entorno, la sospecha de caso en un/a menor de edad, además de abocar a un **correcto manejo del niño/a**, tiene como finalidad cortar una posible **vía de transmisión** a población más vulnerable.

Con carácter general, se tomarán las **siguientes medidas**:

- Los **criterios diagnósticos de sospecha de caso** y la actitud hasta la confirmación de caso son los mismos que para el resto de la población. Si un/a menor cumple criterios de sospecha se colocará una **mascarilla** adecuada, según protocolo, ya desde la entrada en el centro sanitario.
- Se establecerá el triaje y el doble circuito, COVID y NO COVID, igual que en el resto del dispositivo sanitario donde se encuentre, Atención Primaria o Atención Hospitalaria.
- Se potenciará la atención telefónica, siendo el o la profesional quien decide según la situación clínica, la consulta presencial.
- Espaciar las agendas, con consultas presenciales cada 15 minutos y telefónicas cada 10 minutos para evitar la saturación de la sala de espera. Sin perjuicio de que cada profesional organice su propia agenda.
- Reiniciar de forma gradual la revisión del niño/a sano/a, priorizando aquellas que lleven asociada vacunación.
- Se enfatizará la información en la población general y en centros educativos sobre la nueva organización asistencial pediátrica.
- Si permanece en un **box**, estará siempre **acompañado por uno de los progenitores** y se aplicará el protocolo de “**aislamiento por gotas y contacto habitual**”. Si ha sido enviado a domicilio se seguirá el procedimiento habitual hasta conocer el resultado microbiológico. En caso de ser **positivo**, se realizará el **seguimiento previsto** para los demás grupos de edad.
- Si por razones clínicas, se decide que el o la menor debe **ingresar**, se utilizará el **circuito** establecido para el ingreso de **pacientes COVID-19** positivos: traslado al **HUCA para ingreso en la planta de pediatría** con medidas de aislamiento si

esto fuera posible, **o a la planta general de COVID-19** en caso de no disponibilidad de camas. En todo momento, el o la menor COVID-19 positivo ingresado permanecerá acompañado por uno de los progenitores, aplicándose las medidas de aislamiento previstas para pacientes positivos. **En situaciones críticas**, si precisara Cuidados Intensivos, **su destino siempre** será el **HUCA**.

PARTOS

Después de haberse establecido la situación de alarma sanitaria en la que fue necesario la toma de decisiones drásticas para limitar el acceso de personas a los centros sanitarios, y en el contexto de recuperar la normalización de determinados procedimientos dentro del Plan de Humanización, y de cara a abordar un periodo de transición se aconsejan las siguientes líneas generales de actuación respecto al parto, que cada hospital afrontara según su estructura y medios, pero siempre intentando facilitar el acompañamiento en momentos necesarios de este procedimiento sin obviar las indicaciones de protección del o de la profesional sanitario/a, y de la propia paciente con /sin acompañante y sin poner en peligro la seguridad de pacientes y profesionales.

- **Mantener el triaje** de información epidemiológica al ingreso (contactos), con toma de la temperatura, y valoración de clínica respiratoria en los últimos 14 días previos a la atención.
- Se **valorará la realización de PCR** a toda gestante que requiera ingreso hospitalario o que esté prevista una cesárea, inducción al parto o versión externa, y también se realizará, en los mismos momentos, al o a la acompañante determinado/a por la mujer, para todas las fases del parto.
- **Si la paciente es positiva deberá llevar mascarilla quirúrgica** que le tape nariz y boca durante todo el proceso del parto, y los y las profesionales vestirán el EPI indicado.
- Se valorará permitir la presencia **de UN O UNA acompañante** en todas aquellas fases del parto en que las medidas de seguridad tanto para la paciente, acompañante y trabajadores que asisten el parto se puedan cumplir.
- El o la **acompañante deberá permanecer en todo momento con mascarilla** quirúrgica y cumplir las medidas generales de higiene respiratoria; o en su caso el EPI indicado por los procedimientos habituales de su hospital.
- **Mantener los circuitos definidos** por la organización del Hospital para la atención de estas mujeres en caso de resultar positivas.

9.- Acompañamiento:

Se limitará el acompañamiento a una persona por paciente y se evitará en todo caso la presencia de acompañantes que presenten fiebre o síntomas respiratorios. En hospitalización se mantendrá la restricción de visitas a pacientes hospitalizados COVID 19, con solo 3 excepciones:

Pacientes pediátricos

Pacientes altamente vulnerables

Pacientes en cuidados paliativos en los cuales hay que facilitar al máximo su acompañamiento/despida, organizando un circuito de acceso que minimice el impacto.

Para pacientes NO COVID, durante el periodo de transición se revisará la documentación de acompañamiento en cada hospital y, de cara a la unificación de criterios, se seguirán determinadas pautas, que se implantarán de forma gradual:

Se permitirá **el acceso de un familiar a la habitación** del o de la paciente, siempre que su situación clínica lo permita y, en todo caso, cuando se encuentre en la fase paliativa de una enfermedad.

Se **definirá un circuito** desde la llegada del o de la acompañante a la entrada del hospital donde el servicio de admisiones será conocedor de esta visita, y avisará al servicio responsable de su llegada.

El o la paciente o en su caso, la familia decidirá al único/a acompañante, evitando el intercambio entre ellos.

El o la **acompañante no deberá presentar clínica infecciosa con fiebre, tos.**

Se procederá a las **recomendaciones** de higiene de manos, mascarilla y EPI definido según procedimiento.

Se definirá tramo **horario** y controlado de visitas, evitando las aglomeraciones de acompañantes en una planta.

Mantener el uso de **dispositivos audiovisuales** para información a familiares y comunicación de estos con pacientes ingresados.

El o la acompañante se compromete a informar a su médico de Atención Primaria y permanecer en aislamiento domiciliario si durante algún momento del acompañamiento se consideraba que se había vulnerado alguna medida preventiva.

10.- **Ámbito Socio-sanitario:**

"La coordinación sociosanitaria, viene determinada por la normativa estatal conformada por las Ordenes SND/265/2020, de 19 de marzo, SND/275/2020, de 23 de marzo, SND/295/2020, de 26 de marzo y SND/322/2020, de 3 de abril de 2020, que modifica las precitadas SND/275/2020, de 23 de marzo y SND/295/2020, de 26 de marzo.

Este conjunto normativo se inicia con una primera batería de medidas organizativas relativas al personal sanitario y no sanitario que preste esos servicios, a la ubicación y asilamiento de pacientes COVID-19 en las residencias de mayores, a la limpieza en dichos centros, así como medidas para el diagnóstico, seguimiento y derivación de casos COVID-19; una segunda batería de medidas relativas a la intervención, organización y suministro de la información; y, una tercera batería de medidas en materia de recursos humanos para garantizar el funcionamiento de todos los servicios sociales.

Dichas medidas se han plasmado en la Resolución, de 13 de abril de 2020, del Consejero de Salud, de medidas complementarias en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, que acuerda la intervención en los centros de servicios sociales de carácter residencial incluidos en el ámbito de aplicación de la Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, ordenado a la Dirección Gerencia del SESPA la adopción de las siguientes medidas de intervención, previa comunicación de la Dirección General de Salud Pública al centro afectado.

Estas consisten en:

A) La intervención en los casos en que un centro residencial cuente con pacientes clasificados en los grupos b), c) y d) del apartado segundo.1 de la Orden SND/265/2020, de 19 de marzo - residentes sin síntomas en aislamiento preventivo por contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19, residentes con síntomas compatibles de COVID-19 y casos confirmados de COVID-19 - podrá conllevar la designación de un o una empleado/a público/a para dirigir y coordinar la actividad asistencial de estos centros.

B) La designación de empleado/a público/a para dirigir y coordinar la actividad asistencial, en los siguientes casos:

. Cuando se produzca un crecimiento no esperado de los fallecimientos durante la epidemia de COVID-19.

. En cualquiera de las situaciones excepcionales siguientes:

- a) Imposibilidad, por ausencia de medios personales, materiales, circunstancias físicas o de otra índole, para cumplir las medidas especialmente en lo relativo a normas de aislamiento.
- b) Imposibilidad para gestionar adecuadamente la conservación y retirada de cadáveres por acumulación y/o ausencia de servicios funerarios disponibles.
- c) Cualquier otra circunstancia análoga que ponga en grave peligro la integridad y sostenimiento del servicio que se presta.

En cumplimiento de dicha normativa estatal y dictada por la autoridad sanitaria competente, el SESPA ha ido adoptando las diferentes medidas de intervención que la realidad de los centros y las circunstancias demandaban. Dado que la normativa continúa vigente las medidas adoptadas hasta la fecha, y las que deban adoptarse en cumplimiento de la misma, se mantendrán y/o adoptarán en la medida en que las circunstancias así lo requieran."

En base a la encomienda por parte de la Consejería de Salud basada en la Resolución de fecha 26 de marzo de 2020, sobre Medidas complementarias en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, la Dirección Gerencia nombra a profesionales del SESPA designados para dirigir y coordinar la actividad asistencial de los centros residenciales, establecidos por la Dirección General de Salud Pública del Principado de Asturias.

Estas designaciones para la intervención en los centros sociosanitarios se realizan independientemente de la titularidad del centro, tanto en centros públicos, como concertados y privados. Así mismo, cada Área Sanitaria establece un/a Coordinador/a de los centros sociosanitarios de la misma.

Diariamente, la Dirección General de Salud Pública, a través del Servicio de Vigilancia Epidemiológica, elabora un listado al que se van añadiendo los centros sociosanitarios en los que surgen casos aislados de infección COVID – 19 en pacientes o en profesionales, o brotes de infectados. En base a este listado, se nombran los y las profesionales de las Áreas Sanitarias que van a asumir la responsabilidad de estos centros.

Además, el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios de la Consejería, realiza inspecciones y elabora Informes de centros sociosanitarios en los que, en ocasiones se determina la intervención del SESPA mediante el nombramiento de un empleado/a público/a.

A continuación, se señalan las principales funciones de los y las responsables de las residencias y de la persona responsable de la coordinación del área sanitaria. Las intervenciones se realizarán de forma coherente y coordinada con las instrucciones

que haya iniciado el Servicio de Vigilancia Epidemiológica y la Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria del SESPA.

1. Aquellas descritas en el procedimiento, actualmente vigente de "Prevención y control frente a COVID-19 en Residencias de mayores y centros sociosanitarios"
2. Será el enlace en la comunicación con el Servicio de Vigilancia Epidemiológica (coordinador de residencias: Mario Margolles y coordinación de brotes: Marta Huerta).
3. Vigilará que se hayan adoptado las medidas establecidas en los apartados segundos, tercero y quinto de la orden 265/2020 sobre la ubicación y aislamiento de pacientes, limpieza, coordinación para el diagnóstico, seguimiento y, en su caso, derivación de residentes.
4. Será responsable de realizar la monitorización clínica y seguimiento adecuado junto con el equipo de profesionales sanitarios que se establezcan por parte de la Gerencia del Área Sanitaria.
5. La valoración clínica se realizará según el procedimiento "Niveles de Atención y Criterios Clínicos de Clasificación de Pacientes. Circuito específico para centros sociosanitarios".
6. Será responsable de garantizar el aislamiento adecuado de pacientes confirmados o pacientes con sospecha. En el caso de agrupaciones de pacientes, se valorará la mejor estrategia de sectorización para garantizar el aislamiento.
7. Será responsable de garantizar todas aquellas medidas de control de infección por COVID-19 y de que se utilicen las medidas de protección descritas en el protocolo de cara a la seguridad de residentes y de profesionales de los centros.
8. Será responsable de garantizar medidas de prevención y protección en el personal sociosanitario, mediante formación y abastecimiento del equipamiento adecuado.
9. Realizará un informe inicial valorando la situación del centro sociosanitario y otro posterior señalando las medidas que se hayan acometido en el centro.

Durante la duración de esta fase de transición, o hasta que el Consejero de Salud finalice esta encomienda al SESPA, se continuará actuando de la misma forma.

Se comenzará a trabajar en estructuras de coordinación sociosanitaria posteriores a esta situación de pandemia, potenciando la presencia de unidades de geriatría y de profesionales de enfermería gestores/as de casos en cada área de salud que permitirán mantener y establecer nuevos modelos de relación con las residencias sociosanitarias y fomentar los cuidados de la población más vulnerable.

11.- Bibliografía:

- 1.- Informe técnico de la SEMPSPH. “Propuesta de medidas y cuestiones a considerar para la fase de transición de la pandemia por SARS-CoV-2 en España.
- 2.- Posicionamiento SESPAS ante la evolución de la epidemia COVID-19 y el abordaje de una segunda fase en su control, del 9 de Abril.
- 3.- COVID-19 STRATEGY UPDATE. Draft del 13 de abril 2020.WHO
- 4.-Health Systems Respond to COVID-19. Transitioning across outbreak stages. WHO Europe.
- 5.-La salida: Mejorar la capacidad de respuesta sanitaria (y social)
<http://www.aes.es/blog/2020/04/19/la-salida-mejorar-la-capacidad-de-respuesta-sanitaria-y-social/>
- 6.- Estrategia para un nuevo enfoque de la atención primaria. Consejería de salud del Principado de ASTURIAS.
- 7.- Plan de Transición hacia una Nueva Normalidad. Ministerio de Sanidad. 28 de abril de 2020.
- 8.- Estrategia de Diagnóstico, Vigilancia y Control en la Fase de Transición de la pandemia de COVID 19. Indicadores de Seguimiento. Ministerio de Sanidad. 4 de mayo de 2020.

ANEXO I

Medidas de protección para los trabajadores en función de la actividad laboral realizada en casos sospechosos o confirmados de COVID-19 (SARS-CoV-2)

Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)
V. 5 de Mayo de 2020

Este protocolo está en revisión permanente en función de la evolución y nueva información que se disponga de la enfermedad.

En este documento se resumen las **recomendaciones de uso para profesionales de los equipos de protección personal (EPI)**.

En el contexto actual estas recomendaciones se establecen en función de la actividad laboral realizada, en base a la evidencia disponible y con lo determinado en los protocolos oficiales que se actualizan de manera continua.

El *Procedimiento de Actuación para los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales frente a la Exposición al SARS-CoV-2* de 8 de abril del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y establece recomendaciones similares.

De acuerdo con los datos científicos disponibles, el virus SARS-CoV-2 se transmite de persona a persona por vía respiratoria a través de las gotas respiratorias de más de 5 micras y por el contacto directo con las secreciones de personas infectadas.

La transmisión aérea por núcleo de gotitas o aerosoles no ha sido demostrada. Sin embargo, se cree que ésta podría ocurrir durante la realización de procedimientos asistenciales sobre la vía aérea que generen aerosoles (por ejemplo, intubación endotraqueal , ventilación no invasiva, traqueotomía, reanimación cardiopulmonar, ventilación manual antes de la intubación...).

En esta situación deben extremarse las medidas de higiene generales que son fundamentales para evitar la transmisión de la enfermedad y la puesta y retirada correcta de los equipos de protección individual.

En particular, se destacan las siguientes medidas:

1. Medidas preventivas generales:

- HIGIENE DE MANOS FRECUENTE
- EVITAR TOCARSE LOS OJOS, LA NARIZ Y LA BOCA, SIN HABERSE LAVADO LAS MANOS ANTES.
- ADOPTAR LAS MEDIDAS DE HIGIENE RESPIRATORIA AL TOSER O ESTORNUDAR: CUBRIRSE BOCA, NARIZ CON EL CODO FLEXIONADO O PAÑUELO DESHECHABLE Y TIRARLO INMEDIATAMENTE
- MANTENER LA DISTANCIA SOCIAL DE AL MENOS 2 METROS

2. Medidas de protección específicas. Equipos de protección individual (EPI).

- Para la atención sanitaria son necesarias precauciones adicionales para proteger y prevenir la transmisión del virus en el entorno sanitario. Los profesionales aplicarán las precauciones estándar y las precauciones específicas indicadas según el tipo de actividad que realicen y éstas incluyen los equipos de protección individual.
- Debe utilizarse ropa y calzado de uso hospitalario.
- Retirar objetos como anillos, pulseras, etc... y recoger el pelo largo.
- Higiene de manos antes y después de atender a pacientes con agua y jabón y/o solución hidroalcohólica.
- El número de profesionales que accedan a la habitación de aislamiento o zonas establecidas para atención a pacientes con COVID-19 o con clínica respiratoria compatible será el mínimo imprescindible para la atención y cuidado del paciente. Es recomendable la agrupación de actividades para reducir al mínimo el número de veces que se accede a tales zonas.
- Los equipos de protección individual se utilizarán según las indicaciones contenidas en la Tabla 1 y se seguirán los procedimientos de colocación y retirada recomendados y que se encuentran disponibles en Astursalud (<https://cutt.ly/es>)
- Higiene de manos antes y después de la puesta y retirada de los EPI con agua y jabón y/o solución hidroalcohólica y las veces que sean necesarias.
- Todos los trabajadores que presenten algún accidente en pacientes en investigación o confirmados COVID-19, o sus muestras, deben ponerse en contacto con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL PARA PROFESIONALES DE CENTROS SANITARIOS FUERA DE LAS ZONAS DELIMITADAS PARA PACIENTES COVID+ O EN ESTUDIO

ATENCIÓN HOSPITALARIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Cualquier profesional sanitario o no sanitario en contacto con pacientes, que desempeñe su actividad fuera de las zonas delimitadas para pacientes COVID o en estudio, deberá hacer uso de la mascarilla quirúrgica, seguir las precauciones universales habituales, así como las medidas de seguridad establecidas para cada procesos asistencial .

RECOMENDACIONES GENERALES PARA EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL PARA ASISTIR PACIENTES COVID + O CASOS SOSPECHOSOS SEGÚN ENTORNO, PERSONAL Y TIPO DE ACTIVIDAD

ATENCIÓN HOSPITALARIA

Lugar	Trabajadores	Actividad	Epis y Medidas
ADMISIÓN/UNIDAD ADMINISTRATIVA	Administrativo/a	Tareas administrativas de atención a pacientes/información	<u>Con mampara de protección:</u> Higiene de manos No se requiere EPI. Adoptar medidas generales de prevención. <u>Sin mampara de protección:</u> Higiene de manos Mascarilla quirúrgica. Distancia social (2 metros).
TRIAJES DE URGENCIAS	Enfermería/Medicina	Clasificación de pacientes	Higiene de manos. Mascarilla quirúrgica. Guantes de nitrilo.
ZONAS HABILITADAS PARA CASOS EN INVESTIGACIÓN O CONFIRMADOS	Personal sanitario y no sanitario	En la toma de nuestras nasofaríngeas u otras posibles técnicas o procedimientos que generen aerosoles	Higiene de manos Gorro quirúrgico. Mascarilla FFP2/ FFP3. Protector ocular de montura integral estanca o pantalla. Bata impermeable. Guantes de nitrilo.
		En el resto de técnicas en las que exista contacto directo con el paciente y NO se generen aerosoles	Higiene de manos. Mascarilla quirúrgica Protector ocular de montura integral estanca o pantalla. Bata impermeable. Guantes de nitrilo.
		Atención SIN contacto directo con el paciente (ej entregar medicación oral, entregar bandeja de comida, etc)	Higiene de manos Mascarilla quirúrgica. Bata desechable. Guantes de nitrilo.

		Traslado de pacientes en el centro	Higiene de manos. Mascarilla quirúrgica. Bata desechable. Guantes de nitrilo
	Acompañantes / Visitantes	Acompañantes de pacientes COVID + o sospecha	Higiene de manos Mascarilla quirúrgica Bata desechable. Guantes de nitrilo. Distancia social (2 metros).
Lugar	Trabajadores	Actividad	Epis y Medidas
UCI, QUIRÓFANO Y PARTOS	Personal sanitario y no sanitario.	Asistencia a pacientes Covid + o sospecha	Higiene de manos. Gorro quirúrgico. Mascarilla FFP2/ FFP3. Protector ocular de montura integral estanca o pantalla. Bata impermeable Guantes de nitrilo (doble guante quirúrgico en QUIRÓFANOS Y PARTOS)
LABORATORIO	Personal de laboratorio	Manipulación y/o procesamiento de muestras procedentes de casos sospechosos o confirmados	Higiene de manos Mascarilla quirúrgica Protector ocular de montura integral estanca o pantalla. Bata impermeable Guantes de nitrilo.
TRASLADO DE MUESTRAS	Personal sanitario o no sanitario	Traslado de muestras procedentes de casos sospechosos o confirmados	Higiene de manos. Guantes de nitrilo. No podrán ser enviadas por tubo neumático.
SALAS DE RADIOLOGÍA	Personal de radiodiagnóstico	Técnicas de diagnóstico por imagen en las que exista contacto directo con el paciente y no se generen aerosoles.	Higiene de manos. Mascarilla quirúrgica. Protector ocular de montura integral estanca. O pantalla. Bata impermeable. Guantes de nitrilo.
SALAS DE ESPERA	Pacientes con síntomas respiratorios		Higiene de manos. Mascarilla quirúrgica. Distancia social (2 metros). Separación física de pacientes sin síntomas respiratorios.
TRASLADO DE PACIENTES INTERCENTROS	Personal sanitario y no sanitario	Ante contacto directo con el paciente	Higiene de manos. Mascarilla quirúrgica Protector ocular de montura

			integral estanca o pantalla. Guantes de nitrilo Bata impermeable
	Conductor	Si no existe contacto directo con pacientes COVID + o en investigación, siempre que el compartimiento del conductor esté separado del paciente	Higiene de manos No se requiere EPI. Distancia social (2 metros).
LIMPIEZA	Personal de limpieza	Limpieza del centro	Higiene de manos. Mascarilla quirúrgica. Si riesgo de salpicadura: protección ocular Bata impermeable. Guantes de nitrilo.
Lugar	Trabajadores	Actividad	Epis y Medidas
MANEJO DE CADÁVERES	Personal sanitario y no sanitario	Manipulación de cadáveres	Higiene de manos. Gorro quirúrgico. Mascarilla quirúrgica. Protector ocular de montura integral estanca. O pantalla. Bata impermeable. Guantes de nitrilo
		Transporte de cadáveres	Higiene de manos Mascarilla quirúrgica Bata impermeable Guantes de nitrilo.

ATENCIÓN PRIMARIA			
Lugar	Trabajadores	Actividad	Epis y Medidas
ADMISIÓN/UNIDAD ADMINISTRATIVA	Administrativo/a	Tareas administrativas de atención a pacientes/información	<p><u>Con mampara de protección:</u> Higiene de manos No se requiere EPI. Adoptar medidas generales de prevención.</p> <p><u>Sin mampara de protección:</u> Higiene de manos Mascarilla quirúrgica. Distancia social (2 metros).</p>
TRIAJE DE AP	Enfermería/Medicina	Clasificación de pacientes	Higiene de manos. Mascarilla quirúrgica. Guantes de nitrilo.
ATENCIÓN PRESENCIAL DE CASOS EN INVESTIGACIÓN O CONFIRMADOS	Personal sanitario y no sanitario	En la toma de muestras nasofaríngeas u otras posibles técnicas o procedimientos que generen aerosoles	Higiene de manos Gorro quirúrgico. Mascarilla FFP2/ FFP3. Protector ocular de montura integral estanca o pantalla. Bata impermeable. Guantes de nitrilo.
		En el resto de técnicas en las que exista contacto directo con el paciente y no se generen aerosoles	Higiene de manos. Mascarilla quirúrgica Protector ocular de montura integral estanca. O pantalla. Bata impermeable Guantes de nitrilo
		Traslado de pacientes en el centro	Higiene de manos. Mascarilla quirúrgica. Bata desechable. Guantes de nitrilo
ATENCIÓN DOMICILIARIA	Personal sanitario	Atención directa a pacientes COVID + o en investigación	Higiene de manos Mascarilla quirúrgica Protector ocular de montura integral estanca o pantalla. Guantes de nitrilo Bata impermeable
TRASLADO DE PACIENTES INTERCENTROS	Personal sanitario y no sanitario	Ante contacto directo con el paciente	Higiene de manos. Mascarilla quirúrgica Protector ocular de montura integral estanca o pantalla. Guantes de nitrilo Bata impermeable

	Conductor	Si no existe contacto directo con pacientes COVID + o en investigación, siempre que el compartimiento del conductor esté separado del paciente	Higiene de manos No se requiere EPI. Distancia social (2 metros).
MANEJO DE MUESTRAS	Personal sanitario o no sanitario	Manejo de muestras procedentes de casos sospechosos o confirmados	Higiene de manos Guantes de nitrilo
Lugar	Trabajadores	Actividad	Epis y Medidas
SALAS DE ESPERA	Pacientes con síntomas respiratorios		Higiene de manos Mascarilla quirúrgica Distancia social Separación física de pacientes sin síntomas respiratorios
LIMPIEZA	Personal de limpieza	Limpieza del centro	Higiene de manos Bata impermeable Mascarilla quirúrgica Guantes de nitrilo Si riesgo de salpicadura: protección ocular

Referencias.

1. Uso racional del equipo de protección personal frente a la COVID-19 y aspectos que considerar en situaciones de escasez graves. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (consultado el 30 de abril de 2020)
2. Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SaRS-CoV-2. Ministerio de Sanidad. Versión 8 de abril de 2020.
3. Adaptación del documento “medidas de protección recomendadas para los trabajadores en función de la actividad laboral realizada en casos en investigación o confirmados de Covid-19” del SERMAS. 13/03/2020 al Hospital Universitario 12 de Octubre. Versión 2 de abril de 2020.
4. Manejo clínico del Covid-19: atención hospitalaria. Ministerio de Sanidad. Versión 19 de marzo de 2020.
5. Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19. Ministerio de Sanidad. Versión 14 de abril de 2020.
6. Manejo en Atención primaria del COVID-19. Versión 17 de marzo de 2020.
7. Procedimientos de actuación frente al Covid-19 en Asturias. Protocolo general. Revisión: 15 de abril de 2020).