Asociación Madrileña de Calidad Asistencial

RECOMENDACIONES TÉCNICAS PARA LA GESTIÓN DE LA FASE DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA DE SARS-COV-2 (COVID-19) EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Grupo de trabajo AMCA

2 de mayo de 2020

ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Recomendaciones técnicas para la Gestión de la fase de transición de la pandemia de SARS-CoV-2 (COVID-19) en el ámbito hospitalario

Grupo de Trabajo de la Asociación Madrileña de Calidad Asistencial (AMCA)

- Ana Isabel Alguacil Pau. *Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinadora de Calidad. Hospital Clínico San Carlos*
- Asunción Colomer Rosas. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinadora de Calidad del SUMMA 112*
- Alicia Díaz Redondo. *Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad. Hospital Universitario Gregorio Marañón.*
- Patricia Fernán Pérez. *Enfermera de Urgencias y Emergencias. Departamento de Calidad. SUMMA 112*
- Ana Isabel Fernández Castelló. *Doctora en Medicina y Cirugía. Directora de Calidad y Riesgo Clínico. Sanitas.*
- Rosa Gómez de Merodio Sarri. *Grado en Relaciones Laborales y Recursos Humanos. Especialista en Dirección del Talento y Capital Humano. Coordinadora de Calidad. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.*
- Susana Lorenzo Martínez. *Doctora en Medicina y Cirugía. Jefe del Área de Calidad y Gestión de Pacientes. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.*
- Dolors Montserrat Capella. *Especialista en M. Preventiva y Salud Pública. Coordinadora de Calidad del Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda.*
- Cristina Navarro Royo. *Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Jefe de Área. Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria.*
- Rosa Plá Mestre. *Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Jefe de Sección del Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad. Hospital Universitario Gregorio Marañón.*
- Pedro M. Ruiz López. *Especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo. Coordinador de Calidad. Hospital Universitario 12 de Octubre.*
- María Ángel Valcárcel de Laiglesia. *Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Psicóloga. Unidad de Calidad. Hospital Clínico San Carlos.*
- Carolina Varela Rodríguez. *Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Unidad de Calidad. Hospital Universitario 12 de Octubre.*

Contenido:

RESUMEN EJECUTIVO. 3

1.- INTRODUCCIÓN 4

2.- OBJETIVOS 6

3. GOBERNANZA-PLANIFICACIÓN 7

3.1.- Estructura para la Coordinación 8

3.2.- Funciones del Comité Coordinador..... 9

4. GESTIÓN- EJECUCIÓN- DESPLIEGUE 9

4.1. Enfoque para profesionales. 9

4.2. Enfoque para pacientes, familiares y cuidadores 12

La experiencia del paciente en el contexto de la pandemia.....12

Recomendaciones de seguridad 12

4.3. Reprogramación y recuperación de la actividad asistencial.....14

Actividad asistencial cancelada durante la pandemia.....14

Nueva actividad asistencial.....14

Procesos y funcionamiento para la normalización.....15

4.4. Procesos y procedimientos: reorientación al riesgo específico de Sars-cov-2 (COVID-19).16

4.5. Comunicación interna.....17

4.6 Continuidad asistencial.....19

5. MONITORIZACIÓN DE INDICADORES Y SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES.....21

Anexo 1: **Aspectos prácticos comunicación** 24

RESUMEN EJECUTIVO.

Los datos epidemiológicos indican que se ha iniciado la fase de desaceleración de la pandemia a mediados de abril. Se inicia un periodo de transición aunque no se puede descartar la repetición del brote. En este difícil equilibrio hay que plantear abordajes desde la cautela y proponer tanto criterios e indicadores de progreso como de alerta.

En este contexto, y alineados con las publicaciones científicas, la Asociación Madrileña de Calidad Asistencial (AMCA) quiere aportar las siguientes Recomendaciones Técnicas para la gestión en los hospitales en esta pandemia desde la perspectiva de la calidad asistencial.

Las propuestas van dirigidas a la dirección y abordan las actuaciones en relación a los profesionales, a los pacientes y cuidadores, y a la recuperación de la actividad y adaptación al nuevo escenario. Para ello, y siguiendo el enfoque de la mejora continua, se proponen diferentes intervenciones así como la forma de evaluarlas.

Se establece una estructura designada desde la Gerencia, denominada "Comité Coordinador", que reorganice y dirija y al mismo tiempo sea la palanca de cambio. Asimismo, se incluye la figura de Referentes de los servicios, como interlocutores con los profesionales y el citado Comité.

Para los profesionales se establecen actuaciones de prevención y gestión de riesgos, de apoyo psicológico y adaptaciones en el trabajo para facilitar esta transición.

La experiencia del paciente durante la asistencia debe estar en la agenda de la transición. Minimizar la incertidumbre y facilitarles el conocimiento de los nuevos cambios asistenciales, incorporando nuevas formas de asistencia, utilizando las tecnologías a nuestro alcance y al mismo tiempo revisar y reorientar los procesos para adaptarlos a los nuevos riesgos.

En el documento se detallan las estructuras asistenciales con las que hay que establecer protocolos conjuntos de actuación, para asegurar la continuidad asistencial.

1.- Introducción

El 11 de marzo de 2020 la OMS declaró el estado de pandemia por SARS-CoV-2 y el 1 de mayo, en Europa se habían notificado al menos 1.471.567 casos confirmados; siendo los países con más casos España (216.582), seguido de Italia, Reino Unido, Alemania y Francia.[1] En la Comunidad de Madrid en esa fecha se habían notificado 62.073 casos[1], lo que representa un 29% de los casos de nuestro país**.**

Durante la pandemia de COVID-19, la vigilancia epidemiológica en España se basa en la notificación universal de todos los casos confirmados de COVID-19 que se identifican en cada CCAA, lo que está permitiendo un mayor conocimiento epidemiológico de la enfermedad y facilitando un seguimiento de la evolución de los casos. No obstante, la variabilidad en las indicaciones para la realización de los test diagnósticos introduce sesgos en el conocimiento de la enfermedad que deben considerarse. La realización de pruebas exclusivamente a pacientes ingresados y a personal sanitario y sociosanitario y servicios esenciales con sintomatología, sobreestima los casos graves e infraestima la prevalencia real de la enfermedad por lo que son muchas las incertidumbres con las que debemos enfrentarnos a la fase de transición.

En una primera fase de la pandemia, los objetivos principales han sido ralentizar la transmisión y asegurar que el sistema sanitario tuviera la capacidad para tratar a pacientes con COVID-19 (contención y mitigación). Para ello, además de adoptar las medidas establecidas en la declaración del estado de alarma en nuestro país, como es el distanciamiento físico, se han implementado otras medidas específicas para el ámbito sanitario, y concretamente el hospitalario, como aumentar la capacidad del sistema en urgencias, de camas de hospitalización y cuidados críticos, entre otras muchas actuaciones.

En este contexto, los hospitales han sufrido directamente la presión y necesidad de transformación, adaptándose en tiempo récord a los distintos escenarios que se han planteado en la escalada de la pandemia. Han surgido tras ello documentos de apoyo para una adecuada gestión de la crisis, como el protocolo elaborado por un grupo de trabajo de profesionales sanitarios, revisado y difundido recientemente por AMCA para mejorar la organización y gestión hospitalaria de la pandemia, que sigue siendo de interés en esta fase. [2]

Los datos epidemiológicos apuntan a que se ha iniciado la fase de desaceleración del periodo epidémico aproximadamente a mediados de abril y que en las próximas semanas

[1] Ministerio de Sanidad. Actualización nº 93. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 02.05.2020 (datos consolidados a las 21:00 horas del 01/05/2020) Fuente: Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_93_COVID-19.pdf

[2] Protocolo para la Mejora en la organización y gestión hospitalaria de la pandemia. Grupo de trabajo- AMCA (Asociación Madrileña de Calidad Asistencial). [consultado 04/05/2020] Disponible en: http://www.amcasistencial.es/upload/usrs/00087/web/Protocolo%20Gral%20para%20la%20Gestión%20de%20la%20%20Crisis%20Coronavirus%20elanborado%20por%20AMCA%20V1.pdf

empezaremos a entrar en la fase de transición al periodo interpandémico, que se está produciendo de manera desigual entre regiones y autonomías[3].

Considerando las referencias disponibles actualmente[4] [5]se recomendaría el paso a una siguiente fase de transición de la epidemia cuando se den las siguientes circunstancias:

- Una reducción sostenida de los casos durante al menos 14 días
- Que los hospitales puedan tratar todos los pacientes que requieran hospitalización con una adecuada seguridad tanto para los pacientes como para los profesionales que los atienden.
- Que se pueda evaluar a todas las personas con síntomas de COVID-19 y realizar una monitorización activa tanto de los casos confirmados como de sus contactos

El paso a esta fase de transición requiere un equilibrio cuidadoso, sin descartar riesgos de repetición del brote ya sea por exposición no controlada de la población que no ha estado en contacto con el virus (*naïve*) o por reactivación y/o reinfección por COVID-19 en pacientes que hayan superado la enfermedad durante el brote actual. Es, por tanto, necesario definir criterios que indiquen un repunte del brote y los indicadores de seguimiento para alertar.

Así mismo, durante esta etapa de gran incertidumbre hay que intentar medir y controlar el exceso de mortalidad atribuible a la sobrecarga o desequilibrio entre necesidades sanitarias y recursos disponibles, tanto en los pacientes afectados por COVID-19 como por pacientes aquejados de otras patologías críticas (infartos, ictus...).

En este sentido, una premisa básica respecto a los recursos disponibles durante la fase de transición debe apoyarse en el principio de máxima precaución, de manera que la falta de recursos es un elemento limitante para la recuperación de actividad. Según las recomendaciones de la OMS[6] y de la SEMPSH[7] y debe garantizarse la disponibilidad de recursos para el supuesto de que la actividad se duplique, de manera que cualquier

[3] Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Posicionamiento SESPAS ante la evolución de la epidemia COVID-19 y el abordaje de una segunda fase en su control. [consultado 04/05/2020] Disponible en: https://sespas.es/2020/04/09/posicionamiento-sespas-ante-la-evolucion-de-la-epidemia-covid-19-y-el-abordaje-de-una-segunda-fase-en-su-control/

[4] Gottlieb S, Rivers C, McClellan M, Silvis L, Watson C. National Coronavirus Response. A ROAD MAP TO REOPENING. March 28th, 2020. American Enterprise Institute. Consultado [04/05/2020] Disponible en: https://www.aei.org/wp-content/uploads/2020/03/National-Coronavirus-Response-a-Road-Map-to-Recovering-2.pdf

[5] European Commission. Joint European Roadmap towards lifting COVID-19 containment measures (15 de abril de 2020). [consultado 04/05/2020] Disponible en: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/communication_-_a_european_roadmap_to_lifting_coronavirus_containment_measures_0.pdf

[6] Organización Mundial de la Salud (OMS). Interim guide: Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages. (actualizado a 6 de abril de 2020) [consultado 04/05/2020] Disponible en: https://www.who.int/publications-detail/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages).
https://www.who.int/publications-detail/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages).

[7] Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH). Informe técnico de la "Propuesta de medidas y cuestiones a considerar para la fase de transición de la pandemia por SARS-CoV-2 en España" (actualizado a 10 de abril de 2020 Consultado [04/05/2020] Disponible en: https://www.sempsph.com/es/noticias/118490-la-sempsph-recomienda-mas-de-140-medidas-para-la-fase-de-desescalamiento.html

actividad (no urgente) que se quiera reiniciar en las instituciones sanitarias (intervenciones quirúrgicas, consultas externas, interconsultas…) debe asegurar los recursos necesarios para la adecuada protección de pacientes y profesionales o no reiniciarse.

Teniendo en cuenta el contexto actual del próximo escenario y alineados con las recomendaciones de los expertos, la Asociación Madrileña de Calidad Asistencial (AMCA) quiere aportar estas **Recomendaciones Técnicas** desde la perspectiva de la gestión de la calidad asistencial, el análisis y gestión de riesgos, la seguridad y la experiencia del paciente.

Así, en el presente documento, se describen las propuestas a tener en consideración en los centros sanitarios hospitalarios para abordar con mayor conocimiento esta nueva fase. Habrá que reintroducir de forma prudente, gradual, progresiva y con seguridad la actividad asistencial (NO COVID-19) y garantizar la disponibilidad de recursos para atender un posible rebrote de casos (COVID-19).

El documento pretende orientar la toma de decisiones desde la dirección y otros órganos de decisión de los hospitales y se enfoca tanto en aspectos generales como aquellos relativos a cómo ha de ser la gobernanza y planificación de esta fase, el seguimiento y la evaluación de la misma (a partir de un ciclo clásico de mejora continua PDCA). Aborda cómo ha de ser la recuperación de la actividad asistencial, la reorientación de los procesos, la comunicación y la continuidad o coordinación asistencial y va dirigido tanto a profesionales como a pacientes y cuidadores.

Será necesario reevaluar regularmente la implementación de las medidas adoptadas en esta fase basándonos en los datos de vigilancia disponibles, los indicadores establecidos y estar preparados para ajustar nuestro planteamiento a lo largo del tiempo[8].

2.- Objetivos

General

Ofrecer recomendaciones técnicas a la Dirección del hospital para la normalización progresiva de la actividad asistencial de forma segura.

Específicos

- Proponer la estructura de gobierno adaptada a la transición.
- Definir recomendaciones generales.

[8] Asociación Española de Cirujanos. Recomendaciones de Gestión para la vuelta a la normalidad y "desescalada" en los Servicios de Cirugía general en el contexto de la pandemia COVID-19. [consultado 5/05/2020] Disponible en: https://www.aecirujanos.es/Documentos-de-posicionamiento-y-recomendaciones-de-la-AEC-en-relacion-con-la-cirugia-y-COVID19_es_1_152.html

- Establecer recomendaciones estructurales, tanto para profesionales, pacientes, acompañantes y cuidadores.
- Referir los requerimientos para la reorientación de procesos y procedimientos básicos del funcionamiento hospitalario.
- Estructurar líneas de comunicación interna.
- Realizar un esquema para la coordinación con estructuras externas sanitarias y sociosanitarias.
- Proponer indicadores de alerta que permitan responder con rapidez si se modifica el escenario.
- Definir una sistemática para la evaluación y monitorización de los servicios prestados en esta fase.
- Aportar una propuesta para la evaluación del cumplimiento de las recomendaciones clave.

3. GOBERNANZA-PLANIFICACIÓN

En la nueva fase de pandemia de COVID-19, se recomienda establecer una estructura de apoyo a la Dirección con el objetivo de facilitar la fase de transición, participando en el diseño, implementación y evaluación del plan de trabajo establecido. Además de establecer criterios, indicadores claves y análisis de la situación que sirva a la toma de decisiones.

3.1.- Estructura para la Coordinación

1. La estructura de apoyo estará formada por un **Comité Coordinador de la fase de transición,** a partir de ahora el Comité Coordinador.
2. En cada centro será la Dirección, en función de su idiosincrasia -estructura y funcionamiento, quien decidirá la composición del Comité Coordinador. Se sugiere que incluya al menos a un miembro de la dirección que vehiculice la información necesaria, externa o interna, para la realización de las propuestas. Para garantizar el alineamiento entre todas las partes claves implicadas en la fase de transición.
3. Los servicios claves involucrados, al menos deberían ser, Medicina Preventiva, Prevención de Riesgos Laborales, Comunicación, Compras y Logística, Cuidados intensivos, Admisión, Calidad, Área Quirúrgica, Área de Hospitalización, Área de Urgencias y cualquier otro servicio que el hospital considere necesario dadas sus características y un representante de la Junta Técnico Asistencial.
4. El Comité Coordinador debe ser activado con rapidez por la Dirección y estar claramente definida la cadena de mando, los roles y responsabilidades. Reportará directamente a la Dirección.
5. Se recomienda, además, la designación de **Referentes COVID-19 en cada servicio** cuya función será de apoyo a los jefes de servicio para la resolución de dudas y de cadena de transmisión de los acuerdos, circuitos, protocolos, procedimientos y otra información de interés del Comité Coordinador. Se valorará que el referente COVID-19 sea el Responsable/Referente de Seguridad de cada servicio.

6. El Comité recibirá soporte de las estructuras ya definidas en el hospital, es decir las unidades asistenciales y no asistenciales, la Junta técnico Asistencial y los comités establecidos. Podrá solicitar estudios, informes o datos necesarios para que el desarrollo de su propósito.
7. Se recomienda que el Comité Coordinador prepare un documento breve aprobado por la Dirección, en el que se incluya:
    a. La descripción de los roles y responsabilidades de los miembros del Comité con los datos de contacto de cada uno de ellos y la asignación de las tareas específicas.
    b. El nombramiento de un responsable y/o un secretario para dejar constancia de propuestas, acuerdos, tiempos, responsable, etc.
8. Se recomienda que el Comité establezca reuniones según necesidades y el momento de la transición, desde diarias a semanales, para garantizar una capacidad de respuesta rápida a las incidencias o cambios de tendencia en la situación epidemiológica. Se recomienda elaborar periódicamente un informe resumen con los contenidos relevantes de la situación, para su difusión entre los profesionales (Comunicación Interna).

3.2.- Funciones del Comité Coordinador

Desarrollar el plan de trabajo para la gestión de la fase de transición y presentarlo a la Dirección para su aprobación. Durante las reuniones se abordará, al menos:

Perspectiva del ámbito asistencial	Revisar los indicadores definidos ***(ver monitorización indicadores).*** Definir y revisar los procesos críticos y evaluación continua de los recursos hospitalarios (camas de hospitalización y críticos, demanda de atención urgente, atención ambulatoria, quirófano, etc.). Revisión y adecuación de las estructuras creadas para la fase aguda de la pandemia y de los nuevos circuitos establecidos.
Perspectiva de Comunicación	Comunicación interna: Definir los mensajes e información. Garantizar la transparencia y la veracidad de la información. Comunicación externa: Supervisar y homogeneizar la información que se da a los medios de comunicación.
Perspectiva de Recursos Humanos	Revisar los indicadores definidos de seguimiento de los profesionales en relación a COVID-19 Revisar, proponer e institucionalizar los aspectos necesarios de condiciones de trabajo y seguridad para el profesional. Evaluar y proponer las necesidades de personal en función de la situación. Diseñar un plan de contingencia de recursos humanos basado en las necesidades incrementales por el número y gravedad del paciente, tanto para escalada,

	mantenimiento de actuaciones de transición, así como una *planning* de asignación de tareas.
Perspectiva de compras y logística	Revisar los indicadores definidos ***(ver monitorización indicadores).*** Definir y garantizar el material extra para necesidades imprevistas y urgentes, especialmente material de protección[9,10] Revisión de suministros básicos del hospital.
Perspectiva de monitorización y evaluación	Definir, revisar y evaluar los indicadores de la evolución de la pandemia (hospital, CCAA, nacional). Realizar seguimiento del cumplimiento del plan establecido. Supervisar el cumplimiento de protocolos y procedimientos.

4. GESTIÓN- EJECUCIÓN- DESPLIEGUE

4.1. Enfoque para profesionales.

Los trabajadores sanitarios y no sanitarios de los centros hospitalarios, están soportando durante la pandemia COVID-19 el impacto no solo de la enorme sobrecarga asistencial sino también emocional. Por ello, en estos momentos en que se debe retomar la actividad asistencial habitual además de seguir atendiendo a los pacientes COVID-19, resulta necesario incorporar al concepto de transición el de "recuperación y restablecimiento de los trabajadores de las organizaciones sanitarias".

Actuaciones de carácter general

1. Conocer la **situación epidemiológica** de los **profesionales** de cada centro (mediante PCR y test serológicos).
2. Evaluar la **curva de fatiga** de los equipos y planificar desde esta fase la gestión de los periodos de descanso necesarios para los profesionales.
3. Realizar una estimación de **personal de reserva estratégica,** valorando por una parte si se pueden generar equipos estancos en cada especialidad balanceados en habilidades y competencias[8] y por otra parte adecuando la continuidad de

[9] Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH). Informe técnico de la "Propuesta de medidas y cuestiones a considerar para la fase de transición de la pandemia por SARS-CoV-2 en España" (actualizado a 10 de abril de 2020 Consultado [04/05/2020] Disponible en: https://www.sempsph.com/es/noticias/118490-la-sempsph-recomienda-mas-de-140-medidas-para-la-fase-de-desescalamiento.html

[10] Organización Mundial de la Salud (OMS). "Interim guide: Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages" (actualizado a 6 de abril de 2020) [consultado 5/05/2020] Disponible en: https://data2.unhcr.org/en/documents/details/75543

contrataciones de personal que ha participado en la pandemia a las nuevas necesidades en esta fase y a las necesidades de descanso de los equipos habituales[11].

4. Capacitar a más personal en habilidades técnicas y desempeño de tareas que se han mostrado criticas durante el pico pandémico, que deben acompañarse del necesario sobredimensionamiento de la plantilla durante el periodo de entrenamiento según recomendaciones OMS y SEMPSPH.
5. Establecer las situaciones en las que se debe mantener el **teletrabajo** (profesionales con patologías de base, necesidad de conciliación…) y facilitarlo en la medida de lo posible, para aquellos que lo requieran en la fase actual.
6. La **comunicación entre los profesionales** de los equipos clínicos debe llevarse a cabo en la medida de lo posible de forma **telemática.** En los casos en que debe ser presencial se procurarán espacios amplios y con las adecuadas medidas de protección habrá de establecerse una sistemática para sesiones, comités interdisciplinares, pase de guardias. Valorar la extensión de la aplicación TEAMS tanto para mensajería institucional segura, como para reuniones virtuales.

Actuaciones específicas

a) Prevención y Gestión de Riesgos para los profesionales:

1. Definir las medidas de precaución a tomar en cada área y modalidad asistencial para establecer los EPIS necesarios y garantizar su disponibilidad, independientemente de la categoría profesional.
2. Instaurar una **autovigilancia** normalizada de síntomas sugestivos de infección COVID, facilitando por ejemplo cuestionarios de cribado, herramientas on line, APP.
3. Definir claramente la **actuación ante contacto estrecho sin protección o presencia de síntomas**: contacto por Prevención de Riesgos Laborales, Atención Primaria (criterios y circuitos, gestión de la baja laboral); así como los criterios para el reinicio de la actividad (criterios alta, pruebas complementarias, gestión del alta laboral).
4. Difundir recomendaciones de **autocuidado y atención psicológica** del profesional. Autoevaluación de síntomas de estrés agudo o postraumático y el acceso a una consulta de Salud Mental específica para los profesionales. Creación de Unidades de Atención Psicológica al Profesional que identifiquen y traten el estrés postraumático, la fatiga psicológica por el impacto de la epidemia y las situaciones emocionales vividas. Se propone crear una red de apoyo.

[11] Comisión Europea, 2020 /C 126/01. [consultado 5/05/2020] disponible en: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020XC0417(06)&from=ES

b) **Seguridad del paciente y Buenas Prácticas**, reforzando la participación de los profesionales en la seguridad del paciente:

1. Reforzar las funciones de los referentes /responsables de seguridad de los servicios para la observación de buenas prácticas en la prevención de la infección y la gestión de esta nueva etapa.

2. Instaurar un sistema específico de **comunicación de buenas prácticas**, sugerencias e iniciativas que pueden mejorar la seguridad de la atención a los pacientes.

c) Formación sobre precauciones estándar y específicas y uso de EPIS:

1. Diseñar y desarrollar programas de formación online. Recopilar videos explicativos, estableciendo un Aula Permanente. Puede ser útil incorporar a la INTRANET un apartado de preguntas frecuentes
2. Consolidar la formación y asegurarla en el caso de **personal de nueva incorporación.**

d) Investigación y apoyo científico-técnico:

1. Impulsar una **política activa de apoyo** a la comunicación científica de experiencias clínicas, organizativas y de gestión emocional por parte de los servicios clínicos. A través por ejemplo de mesas redondas virtuales (sustitución a las sesiones generales del hospital) y elaboración de artículos científicos y comunicaciones.
2. Potenciar la participación en Ensayos Clínicos y estudios observacionales, agilizando las gestiones necesarias a través del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) de los centros.
3. Facilitar en un espacio de la INTRANET, recopilatorio de bibliografía actualizada para profesionales (Servicios de Biblioteca y Documentación).

e) Otros aspectos para el acompañamiento a los profesionales

1. Ofertar la realización de estudios PCR y serológicos a los convivientes de los profesionales
2. Promover la **conciliación** de la vida laboral con la familiar
3. Establecer una **política de reconocimientos** a los profesionales desde la dirección: reconocimientos generales, premios mejores prácticas e iniciativas, etc.
4. Recordar la forma de contacto con el **Comité de Ética Asistencial** para utilizar este recurso en caso de dilemas éticos.

4.2. Enfoque para pacientes, familiares y cuidadores

La experiencia del paciente en el contexto de la pandemia

Nuestros pacientes son en muchos casos de mayor vulnerabilidad que la población general y con factores de riesgo para la COVID-19. Algunos de ellos pueden haber sufrido pérdidas en su entorno cercano. Todo ello en un contexto, además, de enorme impacto social e incertidumbre, por lo que es normal que los pacientes puedan tener más miedos y preguntas que habitualmente. Por ello se hace imprescindible asegurar la mejor experiencia durante la asistencia, a pesar de las circunstancias excepcionales en las que se está prestando.

1. Es recomendable hacer sentir al paciente en todos los contactos con personal del sistema sanitario que nuestra prioridad es prestar la mejor atención posible. Que las medidas que estamos tomando son para protegerle y que, aunque la atención presencial disminuya, seguimos estando disponibles por otros medios.
2. Tratar en lo posible de dar respuesta a sus preguntas habilitando medios (correos electrónicos, teléfonos y horarios específicos, etc.) en los que los pacientes puedan ponerse en contacto con nosotros para resolver dudas, valorar si es necesaria una asistencia presencial por empeoramientos de su patología, reacciones a medicamentos, etc.

Recomendaciones de seguridad[12] [13]

1. Potenciar y sistematizar la asistencia no presencial (teléfono, video conferencia, etc.) con el fin de evitar desplazamientos del paciente al centro sanitario. Para ello se debe valorar de forma individualizada el riesgo/beneficio de la atención presencial y en el caso de que el beneficio sea mayor, planificar la atención presencial de tal forma que acuda el menor número de veces posible.
2. Informar a los pacientes del balance riesgo/beneficio de los tratamientos y las alternativas disponibles en la situación de pandemia, teniendo en cuenta la vulnerabilidad clínica y social individual, así como las preferencias de los pacientes[14], sin abandonar la toma de decisiones compartida, también en esta situación de pandemia.
3. Facilitar mascarillas a los pacientes y acompañantes en la entrada al centro, disponer de solución hidroalcohólica en las entradas y en los espacios donde haya pacientes,

[12] Ministerio de sanidad. Recomendaciones para el manejo, prevención y control de COVID-19 en los servicios de oncología radioterápica. Versión de 15 de abril de 2020. [consultado 5/05/2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_oncort.pdf

[13] Amor Dorado JC, Maza Solano JM, Plaza Mayor F. Estrategias para el manejo del paciente ORL durante el periodo de transición tras la pandemia por el COVID-19. Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 17 de Abril de 2020. [consultado 5/05/2020]. Disponible en: https://seorl.net/posicionamiento-de-la-seorl-ccc-sobre-la-pandemia-de-coronavirus/

[14] Grupo Español de Investigación en Cáncer de mama (GEICAM). Recomendaciones GEICAM para el manejo del cáncer de mama durante COVID-19. 15 de abril de 2020. [consultado 5/05/2020]. Disponible en: https://www.geicam.org/actualidad/noticias/actualidad-cientifica/recomendaciones-geicam-para-el-manejo-del-cancer-de-mama-durante-covid-19

así como reforzar la reposición y disponibilidad de jabón y papel desechable en todos los aseos y vestuarios públicos.

4. Informar a los pacientes y acompañantes del uso obligatorio y correcto de mascarillas en todo el centro[15], especialmente durante la asistencia. El uso de mascarillas debe considerarse solo como una medida complementaria y no como reemplazo de las medidas preventivas establecidas (distanciamiento físico, etiqueta respiratoria, higiene de manos y evitar tocarse la cara, la nariz, los ojos y la boca)[16]. No se recomienda el uso de guantes.
5. Informar a los pacientes y acompañantes sobre los circuitos de acceso y de movilidad dentro del centro y de su utilización adecuada, garantizando una correcta y comprensible señalización.
6. Garantizar la disponibilidad de medios necesarios para asegurar la atención a pacientes con dificultad de comunicación bien por idioma o por déficit sensorial.
7. Limitar las visitas y acompañantes dentro del centro, informando en todo momento de la finalidad de esta medida y siempre evaluando cada caso individualmente para que se haga con la mayor seguridad posible.
8. Si el acompañamiento es necesario se informará que no deben tener factores de riesgo, ni presentar síntomas sugestivos de COVID-19, ni haber tenido contacto reciente con casos y disponer de alternativas (por ejemplo voluntariado) para facilitarlo, si el único acompañante posible tiene factores de riesgo.
9. Durante el ingreso hospitalario, se debe garantizar que los pacientes tengan contacto con sus familiares mediante el uso de herramientas tecnológicas y que aquellos familiares autorizados sean informados de la evolución de los pacientes, por el médico responsable y por vía telemática.
10. Los paseos por pasillos en pacientes ingresados estarán restringidos, salvo que el ejercicio sea necesario para la recuperación y por tanto sea una prescripción facultativa.
11. Aconsejar a los pacientes que sean puntuales para minimizar el tiempo en la sala de espera.

[15] The Joint Commission International. Statement on Universal Masking of Staff, Patients, and Visitors in Health Care Settings. April 23, 2020. [consultado 05/05/2020]. Disponible en: https://www.jointcommission.org/resources/news-and-multimedia/newsletters/newsletters/joint-commission-online/april-29-2020/statement-on-universal-masking-of-staff-patients-and-visitors-in-health-care-settings/

[16] European Centre for Disease Prevention and Control. Using face masks in the community. Stockholm: ECDC; 2020. [consultado 05/05/2020]. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infographic-using-face-masks-community

4.3. Reprogramación y recuperación de la actividad asistencial[17]

Actividad asistencial cancelada durante la pandemia

1. Los profesionales sanitarios responsables de la actividad cancelada (médicos, enfermeras, farmacéuticos, fisioterapeutas, etc.), deben valorar la pertinencia de reprogramar la actividad, definir la prioridad y la necesidad de visita presencial, siendo preferible en la atención en consultas la atención telefónica o por videoconferencia, siempre que sea posible.
2. Informar al paciente de que sus citas canceladas están siendo valoradas por los profesionales, que se le facilitará de nuevo la cita y que en la medida de lo posible se priorizará la atención telefónica para evitar desplazamientos al centro sanitario. Esta información podrá ser realizada por el servicio de admisión, secretaría del servicio o quien se designe. Se establecerá una información estandarizada desde el hospital. Se recomienda escribir el procedimiento.

Nueva actividad asistencial

1. De forma general, cada servicio debe replantear criterios de actividad urgente, preferente y aplazable, tanto presencial como telemática, estableciendo plazos para cada una de estas situaciones, teniendo en cuenta la actividad suspendida y la pendiente de programar y siendo reevaluable de forma permanente, conforme a la situación epidémica en cada momento.
2. Se recomienda consensuar entre profesionales y niveles asistenciales, qué actividades (consulta, prueba, interconsulta, etc.) son inaplazables, la prioridad, la necesidad de visita presencial y en su caso, el lugar más adecuado para realizarlo en función de los recursos estructurales disponibles (centros de especialidades, especialista consultor, telemedicina, etc.).
3. Con el fin de facilitar esta labor, sería conveniente en esta etapa utilizar un formato específico para la solicitud de consulta que contemple el motivo de consulta, el grado de prioridad para el médico prescriptor y cuantas otras variables sean necesarias para planificar la actividad asistencial en las mejores condiciones posibles.
4. Se debe informar al paciente, preferiblemente por el profesional sanitario responsable, de la prioridad establecida para su atención, los posibles plazos, las razones que lo motivan e indicar que su situación será evaluada periódicamente, conforme la situación epidémica lo permita.

[17] Asociación Española de Cirujanos. Recomendaciones de Gestión para la vuelta a la normalidad y "desescalada" en los Servicios de Cirugía general en el contexto de la pandemia COVID-19. [consultado 5/05/2020] Disponible en: https://www.aecirujanos.es/Documentos-de-posicionamiento-y-recomendaciones-de-la-AEC-en-relacion-con-la-cirugia-y-COVID19_es_1_152.html

Procesos y funcionamiento para la normalización

1. Diseñar itinerarios para evitar el contacto entre pacientes infectados y susceptibles, perfectamente señalizados, asegurando con los recursos disponibles que los pacientes y acompañantes los cumplen.
2. Es necesario que la movilidad de pacientes dentro del hospital se realice de la forma más segura posible. Por ello los nuevos circuitos evitarán los desplazamientos innecesarios de pacientes para, por ejemplo, hacerse pruebas o realizar terapias.
3. En caso de visitas presenciales es necesario realizar cribado clínico y epidemiológico por teléfono o por telemedicina lo más cercano posible a la fecha de la cita, con el fin de prevenir y controlar la infección. En el caso de que cumpla alguno de los criterios de la COVID-19, el profesional responsable valorará el riesgo/beneficio de posponer la cita hasta la finalización de aislamiento indicado si es un caso posible o de la cuarentena si es un contacto.
4. El cribado clínico y epidemiológico se repetirá a la llegada al centro, para lo que se dispondrán, en la medida de lo posible, de *triaje* conforme a las condiciones estructurales de cada centro y sus recursos disponibles.
5. Se deberá informar a los pacientes que en caso de síntomas inmediatamente antes de una cita presencial deben informar al centro. Deberán habilitarse para ello líneas telefónicas ágiles que permitan dicha comunicación. En las citas, se deberán incluir estos teléfonos y las instrucciones a seguir.
6. Facilitar al paciente la cita, preferiblemente de forma telemática, con instrucciones claras de cómo, cuándo y dónde se realizará esta actividad, así como de los circuitos de acceso y de movilidad dentro del centro, respetando los circuitos establecidos.
7. Además, en los procesos quirúrgicos e invasivos, se recomienda realizar en el cribado preoperatorio test de PCR y serología, así como las pruebas complementarias que se establezcan en función del perfil de paciente y tipo de cirugía.
8. Se deben dimensionar las agendas para evitar colas, aglomeraciones en salas de espera y en espacios de uso compartido por varios pacientes (gimnasios, hospitales de día, etc.), siendo preferible la existencia de turno de mañana y tarde tanto para consultas, pruebas o terapias, siempre que la dotación de recursos humanos y estructurales lo permita.
9. Las salas de espera deberán garantizar la separación de 2 metros entre pacientes y acompañantes. Se recomienda separar los asientos y espacios, o bloquear (por ejemplo con señales) aquellos que no pueden ocuparse.
10. Evitar de forma general la programación de actividades grupales presenciales (educación para la salud, terapias grupales, etc.) en la primera fase de recuperación de la actividad. Valorar la posibilidad de su realización telemática.
11. Durante la asistencia se debe asegurar la distancia mínima recomendada de 1,5 metros entre paciente y profesionales, salvo cuando la actividad asistencial lo requiera. Para ello es recomendable retirar todo aquel mobiliario que no sea necesario y que los acompañantes permanezcan en la sala de espera.

12. Cualquier acto asistencial, sea en la modalidad presencial o telemática, debe quedar registrado en la historia clínica y el paciente debe recibir un informe clínico con las recomendaciones de tratamiento, cuidados y seguimiento, garantizando la continuidad asistencial.

4.4. Procesos y procedimientos: reorientación al riesgo específico de SARS-CoV-2 (COVID-19)

En este escenario presente y futuro de convivencia con COVID-19 han de tenerse presente las siguientes recomendaciones generales en el diseño o rediseño de procesos y procedimientos:

1. Con carácter general, los procesos hospitalarios en este ámbito de atención sanitaria **no deben modificar su objetivo principal y su seguimiento** habitual para continuar garantizando la asistencia con niveles de calidad técnica y seguridad para el paciente adecuados.
2. Debe **analizarse e incluirse** en todos ellos, **objetivos secundarios** a su finalidad principal encaminados a la gestión de los riesgos inherentes a la aparición de COVID-19 en el ámbito que regulen.
3. Diseñar una estructura de **indicadores por proceso y procedimiento** basada en las fuentes ya existentes en cada centro, con el suficiente nivel de desagregación para la toma de decisiones operativa en el cumplimiento de los objetivos asociados al riesgo COVID-19, con responsables de su monitorización *(ver apartado indicadores).*
4. Establecer y garantizar la **difusión** de los **mismos a los profesionales implicados** mediante una comunicación vertical y horizontal que abarque la actividad que se desempeña en todos los estamentos y horarios *(ver apartado comunicación interna).*
5. **Solicitar a los pacientes su colaboración** y el cumplimiento de sus deberes ciudadanos dentro de las instalaciones sanitarias con la difusión (por ejemplo: pantallas, televisiones, etc.) de las medidas de seguridad establecidas. *(ver apartado de comunicación interna).*
6. Establecer procedimientos de evaluación permanente del cumplimiento de las medidas e intervención inmediata con el fin de establecer mejoras, garantizando la flexibilidad, adaptación a los posibles escenarios y mejora continua de los procesos y procedimientos *(ver apartado evaluación).*
7. Los **procedimientos** deben tener una **redacción sencilla** orientada a ser comprendida por profesionales de nueva incorporación sin experiencia previa en el ámbito descrito. La elaboración de los protocolos y procedimientos se debe realizar de forma interdisciplinar con actualización continua de los documentos, con su plan de difusión sistemática *(ver apartado Comunicación Interna).*
8. Deben **incluirse** de forma explícita y clara los siguientes aspectos:
    a. Seguridad de los profesionales: equipos de protección individual a utilizar si así se precisa. Tipo y nivel de protección.

b. Seguridad del paciente: medidas de protección, herramientas de barrera, métodos anti-error… etc.

c. Seguridad ambiental: tipo de residuo generado y vinculación de los procedimientos correspondientes para un manejo adecuado y seguro.

d. Seguridad de los espacios: barreras físicas (medidas de seguridad, distancia, dispositivos de barrera…etc.) e higiene y limpieza de zonas.

e. Seguridad de los movimientos: diferenciación y señalización de circuitos de pacientes, profesionales, material, residuos… etc.

9. Se sugiere revisar y adaptar a la nueva realidad protocolos y procedimientos como: hospitalización, consultas, urgencias, hospitales de día, pruebas y técnicas, continuidad asistencial, etc. Protocolos de precauciones y protección de los trabajadores, de limpieza y desinfección y equipamiento.

10. El rediseño de procesos y procedimientos debe orientarse a un salto cualitativo en materia de **tecnología y telemática** como principal herramienta para evitar la exposición física entre profesionales y pacientes.

11. En línea con lo anterior deben establecerse procedimientos de autentificación de identidad telefónica para **garantizar la protección de datos** y la validez del acto sanitario según la normativa y legislación vigente.

4.5. Comunicación interna

En este apartado se proponen actuaciones para facilitar el clima de trabajo y el uso de los canales internos de divulgación de la información, fomentar la implicación de los profesionales y disminuir al máximo la incertidumbre y la desinformación que se puede generar. La transmisión debe ser tanto a nivel del funcionamiento del centro, en constante cambio y actualización, como de las informaciones externas que aplican a los profesionales y a la institución. Las estrategias deben ir encaminadas a conseguir una comunicación bidireccional.

Teniendo en cuenta todo lo anterior se proponen las siguientes recomendaciones:

1. Los **mensajes** deben de ser **claros.**

2. Utilizar la **red interna de comunicación, o intranet**, o vídeo-conferencias por su inmediatez y por la posibilidad de interacción. Las **revistas internas, boletín digital**, también son un método interesante, efectivo y dinámico que permite incluir la colaboración de los profesionales y comunicar las acciones en cada una de las fases según la periodicidad de estas.

3. Implementar **nuevas aplicaciones tecnológicas** colaborativas para generar grupos de difusión de información seguros.

4. Disponer de una **lista de distribución,** de correos electrónicos y/o teléfono**,** para **asegurar la difusión** de la información a los implicados en cada caso.

5. Establecer comunicación **específica para los nuevos profesionales**, accesible desde la Intranet y si es posible en formato electrónico (app, etc…) para que permanezca siempre actualizada en la última versión. Plantearse hacer una revisión y adaptación breve del Manual de Acogida para el momento actual.
6. Revisar zonas donde están colocados los **tablones de anuncios**. Valorar si estos se pueden reubicar en otras áreas de circulación de los trabajadores, como vestuarios, lencería, servicio de recursos humanos, zonas de v*ending* y otras que se estimen. Cuidar la letra y la información asegurando que sea poca, clara y llamativa.
7. Habilitar un **espacio para sugerencias** si no se dispone de él, bien por correo electrónico o bien a través de un buzón, para contribuir o expresar dudas en relación a la actual crisis y los nuevos criterios. En esta línea tener establecido un sistema de *feed-back* de recepción y agradecimiento, puede generarse a través de respuesta automática del sistema.
8. Potenciar la función de la Junta Técnico Asistencial, órgano de asesoramiento y participación, regulado en la L*ey 11/2017*[18] *de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud* para que los profesionales sanitarios puedan utilizar a sus representantes como vehículos de comunicación, tanto ascendente como descendente.

A modo de ejemplo se proponen en **Anexo 1** diferentes aspectos prácticos para definir por cada centro la comunicación que crea necesaria.

4.6 Continuidad asistencial

El objetivo en este apartado es establecer recomendaciones generales de coordinación del hospital con otras instituciones en la fase de transición dentro del nuevo escenario de la existencia de pacientes COVID-19 y NO-COVID-19, y de nuevas estructuras generadas que se pudieran mantener temporalmente para la atención de estos últimos.

1. Actualizar los **criterios para derivar** a pacientes ingresados en el hospital **a otras instalaciones** de forma diferenciada por niveles de gravedad o complejidad o pronóstico, teniendo en cuenta tanto la situación social del paciente como que en la nueva situación el hospital tendrá mayor disponibilidad.
2. En los pacientes COVID-19 elaborar, o actualizar en su caso, criterios de coordinación con Atención Primaria para el seguimiento de pacientes que diferencien aquellos que sean transferidos a Atención Primaria y aquellos que deberán ser objeto de seguimiento en ambos niveles asistenciales, con recomendaciones para facilitar la comunicación entre profesionales de ambos niveles.
3. En los pacientes NO-COVID-19, en cada Servicio, en función de los cambios que se hayan implantado de derivaciones a otros hospitales/centros exentos de COVID-19 se

[18] Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud. [consultado 5/5/2020] Disponible en: https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-1610-consolidado.pdf

definirá la situación de nueva normalidad en cada servicio y en base a ello los criterios de derivación.

4. Protocolizar las situaciones de **salida / entrada** de los pacientes tanto a **las camas de UCIs como a las camas hospitalarias,** contemplando para cada una de ellas:
    a. Si se trata de un paciente COVID-19 o NO-COVID-19.
    b. Requisitos para el traslado (cuidados que va a precisar), procedimiento de solicitud, información clínica, datos.
    c. Tipo de recursos disponibles que se adecúen a la situación clínica del paciente y generen una menor presión en el SUMMA112 y empresas de traslado.
    d. Responsable de contacto del centro al que se deriva o del que procede.
    e. Comunicación (telefónica, TEAMS, correo electrónico, etc.)
    f. Gestor de cada paciente (o por tipificación de circuito) que tiene el cometido de comunicarse con el SUMMA112 y con el centro emisor o receptor.
5. Nombrar un **responsable de la coordinación externa**, que forme parte del Comité de Coordinación de la transición y que conozca diariamente la situación del hospital, los pacientes, las camas, los requerimientos y lidere un equipo de trabajo entre los que se encuentren: responsable de admisión, responsable o gestor de la empresa de traslado sanitario (sólo hospitales grandes), responsables de las áreas clínicas que conozcan de primera mano la situación de sus plantas.
6. Desarrollar el marco de organización y coordinación con Hoteles medicalizados para aislar al paciente hasta su completa recuperación. En la fase de transición los hoteles progresivamente se cerrarán por lo que se deberá contemplar la salida del paciente, bien a domicilio o a otro centro sanitario por necesidades diversas (continuar el aislamiento que no se pueda hacer en domicilio, centros sociosanitarios, de salud)
7. Mantener reuniones conjuntas entre Atención Primaria, hospital, SUMMA112 y centros sociosanitarios:
    a. Definir el perfil clínico del paciente susceptible de traslado para los centros receptores.
    b. Definir la sistemática para los traslados entre centros, estableciendo los mecanismos de alarma para un posible retorno del paciente al centro emisor.
    c. Coordinar el seguimiento de las altas con Atención Primaria y centros sociosanitarios para garantizar la continuidad de cuidados.
8. CENTROS SOCIOSANITARIOS
    a. Elaborar un Mapa de Centros Sociosanitarios (Residencias y Centros de Día) del área de influencia de cada Hospital, con información relevante (capacidad, recursos sanitarios, nivel de ocupación,…). Programar un sistema de actualización de la información al menos con carácter anual.
    b. Valorar la inclusión de indicadores relevantes sobre infección (COVID-19, pero también podría ser Gripe, u otras) de transmisión en centros sociosanitarios en el sistema de información.
    c. El objeto es preparar el sistema de información en la fase de transición para cualquier nuevo brote epidémico y tener la información necesaria a tiempo para agilizar la implantación de un nuevo plan de contingencia.
9. SALUD PUBLICA
    a. En la fase de transición se continuará llevando a cabo:
        i. El seguimiento de las recomendaciones de Salud Pública.

   ii. La aportación a Salud Pública de los datos que se solicitan.

b. Avanzar en el proceso de compartir información entre Salud Pública y el Hospital/Servicio de Preventiva que sirva para:
   i. Continuar el nivel de recuperación por parte del hospital en base a sus propios datos y los que conozca a través de Salud Pública de la comunidad y otros hospitales, o
   ii. Reactivar el plan de contingencia.

5. MONITORIZACIÓN DE INDICADORES Y SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES.

En el RD 463/2020, de 14 de marzo, el Ministro de Sanidad queda habilitado para dictar las órdenes, resoluciones, disposiciones e instrucciones necesarias para garantizar la prestación de todos los servicios, ordinarios o extraordinarios, en orden a la protección de personas, bienes y lugares[19].

La Orden SND/234/2020, de 15 de marzo, sobre adopción de disposiciones y medidas de contención y remisión de información al Ministerio de Sanidad ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, entre otros aspectos, establece a las comunidades autónomas la obligación de remitir al Ministerio de Sanidad determinada información de carácter epidemiológico, de situación de capacidad asistencial y de necesidades de recursos humanos y materiales que permita facilitar el seguimiento y la toma de decisiones en la gestión de la crisis sanitaria provocada por el COVID-19.

Información Epidemiológica

Total acumulado desde el inicio (31/01/2020)	Nº total de casos confirmados	Casos confirmados por PCR	Casos confirmados por test de anticuerpos
Total acumulado de casos confirmados			
Total acumulado de casos confirmados sintomáticos			
Total acumulado de casos confirmados asintomáticos			
Total acumulado de casos confirmados que han sido hospitalizados (incluyendo UCI)			
Total acumulado de casos confirmados que han ingresado en UCI			
Total acumulado de casos confirmados dados de alta epidemiológica			
Total acumulado de casos confirmados fallecidos			
Total acumulado de casos confirmados en profesionales sanitarios			

[19] BOE. Orden SND/352/2020, de 16 de abril, por la que se modifica la Orden SND/234/2020, de 15 de marzo, sobre adopción de disposiciones y medidas de contención y remisión de información al Ministerio de Sanidad ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

	Nº total de camas[1]	Nº de camas ocupadas por casos COVID-19	Nº de camas ocupadas por casos NO-COVID-19	Nº de ingresos por COVID-19 en las últimas 24 horas	Nº de altas por COVID-19 en las últimas 24 horas	Nº de altas previstas en las próximas 24 horas
Unidades críticas CON respirador.						
Unidades críticas SIN respirador.						
Ingresos en hospitalización Convencional.						

Información relacionada con las necesidades de recursos materiales

	N.º de existencias (en unidades)	Consumo semanal (en unidades)
Mascarillas quirúrgicas I, de tipo II y IIR.		
Mascarilla protección FFP2.		
Mascarilla protección FFP3.		
Kits PCR diagnóstico COVID-19.		
Hisopos.		
Gafas de protección.		
Guantes de nitrilo, con y sin polvo.		
Batas desechables e impermeables.		
Solución hidroalcohólica (biocida y cosmética).		

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES.

Para verificar el cumplimiento de la aplicación de las recomendaciones clave en los diferentes aspectos se proponen los siguientes abordajes.

ESTRUCTURALES Y ORGANIZATIVOS	
Existencia, representatividad, responsables y reuniones periódicas (actas) del Comité coordinador.	
Existencia de listado de referentes por servicio para la transición (médico y enfermera).	
Existencia de cuadro de mando para seguimiento de la pandemia en el hospital (paciente y profesional) y monitorización.	

Existencia de un plan de comunicación interna y externa. Definición de protocolos, procedimientos mínimos, videos, infografías, etc.; difusión y disponibilidad (al menos en la intranet). Disponibilidad de correos electrónicos, desagregados por categorías profesionales, áreas y servicios.	
Disponibilidad de herramientas digitales de comunicación on line y uso de éstas para evitar las reuniones presenciales.	
Plan de formación para los profesionales.- Incluir programa y presentación con: conceptos generales y epidemiológicos, diagnóstico y tratamiento; EPI. Verificar la realización del mismo.	
Habilitación de dispositivos para apoyo emocional de profesionales (consultas específicas / grupos de apoyo) y pacientes (consultas/ coordinación con equipo de salud mental de área/Servicio de Psiquiatría).	
Puesta en marcha de sistemas alternativos a las visitas presenciales de acompañantes (teléfonos, tablets, etc.).	
Disponibilidad de puntos con dispensadores de soluciones hidro-alcohólicas, así como mascarillas en las entradas y otras zonas de paso de pacientes y acompañantes. Limitación de accesos.	
Señalización adecuada de los circuitos establecidos como consecuencia de la pandemia.	
Gestionar las agendas de citas pendientes con los Jefes de Servicio, para evitar que los pacientes afectados por citas canceladas queden sin asistencia.	
Asegurar la información escrita (y telefónica, si procede) a los pacientes antes de acudir al hospital y a la salida del mismo.	
PROFESIONALES	
Comprobar cumplimiento de las medidas de prevención (higiene de manos, colocación y retirada de EPI).	
Verificar cumplimiento de puntos críticos de los protocolos en las áreas clínicas	
PACIENTES	
Comprobar cumplimiento de las medidas de prevención (higiene de manos, colocación y retirada de EPI).	
Verificar el cumplimiento de la distancia de seguridad en las salas de espera, y respetarla.	
SUMINISTRO DE EPIS	
Incidencias comunicadas por los profesionales y revisiones periódicas de stocks en las unidades clínicas y almacén. Esterilización de equipos usados si se prevé falta de aprovisionamiento.	
SERVICIOS GENERALES	
Cumplimiento de los protocolos de limpieza en las diferentes áreas del hospital, principalmente las clínicas. Planificación de limpieza tras paso de zonas COVID-19 a NO COVID-19.	
Disponibilidad de ropa para profesionales en cada momento.	
COMUNICACIÓN INTERNA	
Verificar el cumplimiento del plan de comunicación interna: difusión en intranet, uso de herramientas colaborativas, información y formación a nuevos profesionales, tablones de anuncios. Espacio de sugerencias.	

Anexo 1: Aspectos prácticos de comunicación

Dado que cada centro tiene su idiosincrasia, sus sistemas de comunicaciones, formales e informales, el cuadro que se presenta es solo a modo de ejemplo para que sea la institución quien defina su contenido y funcionamiento. Como ya se ha señalado en el punto 4.1 de las funciones del Comité Coordinador esta es una de las perspectivas a desarrollar en su plan de trabajo. Posteriormente como cualquier aspecto de plan, este deberá ser aprobado por la dirección.

	QUÉ	CUÁNDO	A QUIÉN	CÓMO/DÓNDE	QUIÉN
1	Evolución de la pandemia en el hospital.Indicadores diarios/ evolución	Diaria de lunes a domingo. Definir hora de información	Responsables de los servicios	Creación grupo de whasapp/lista de distribución	Dirección y grupo de crisis o quien se decida
2	Programación del desescaldado	Al definirse y cada vez que se modifique	Todos los grupos de interés	Web, letreros, informes, reunión informativa presencial	Dirección y grupo de crisis o quien se decida
3	Evolución de la desescalada. Actividad hospitalaria. Indicadores del cuadro de mando definidos	Diario de lunes a viernes y según se defina en cronograma de desescalada	Responsables de los servicios	Creación grupo de whasapp/lista de distribución	Dirección y grupo de crisis o quien se decida
4	Acogida a los profesionales de nueva incorporación	En el momento de primer contacto en recursos humanos	Profesionales nueva incorporacion	En momento firma contrato, entrevista, etc.	Recursos Humanos o persona delegada de la dirección correspondiente
5	Recursos accesibles para profesionales: clínicos, apoyo emocional, formativos, humanos materiales	Al definirse y de forma continua con cada actualización o novedad	Todos los grupos de interés	Web, letreros, informes, reunión informativa, correo electrónico	Coordinado por la dirección: Grupo/ unidad específica de cada uno de los apartados
6	Actualización de la evidencia científica disponible	Según nuevas evidencias	Clínicos, grupos de investigación	Web, correo electrónico, boletín informativo	Responsable/s de seguimiento científico que se decida
7	Información sobre actualización de protocolos, procedimientos y circuitos	De forma continua con cada actualización o novedad	A profesionales a los que van dirigidos	Web, correo electrónico, boletín informativo	Grupo/unidad específico de normalización
8	Mesa de Camas	Diario de lunes a viernes	Profesionales implicados	Reunión presencial de profesionles indicados en la gestión de la urgencia y las camas hospitalarias	Dirección médica y de Enfermería
9	Mesa de Programación quirúrgica	Diaria, 2 dias semana, Semanal, etc. Ajustar según situación	Profesionales implicados	Reunión presencial de profesionales indicados en la programacióin de quirófanos (3o min)	Subdirecciónes quirúrgicas, médicas y de enfermería
10	Situación de la guardia de fin de semana	Semanal - todos los viernes	Los implicados en las guardias fin de semana	Reunión presencial	Dirección médica y de Enfermería, jefes de hodpital y supervisores de guardia
11	Información de la situación general del hospital	Semanal, Quincenal, etc. Ajustar según la situación	Todo el hospital	Web, letreros, informes, reunión informativa, correo electrónico	Coordinado dirección y Comité Coordinador