

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN PARA CENTROS DE MENORES GESTIONADOS POR LA AGENCIA MADRILEÑA DE ATENCIÓN SOCIAL DE LA CONSEJERÍA DE POLÍTICAS SOCIALES FAMILIAS, IGUALDAD Y NATALIDAD FRENTE A LA INFECCIÓN POR CORONAVIRUS (11-05-2020)

1. Justificación

El 31 de diciembre de 2019 las Autoridades de la República Popular China, comunicaron a la OMS varios casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, una ciudad situada en la provincia china de Hubei. Una semana más tarde confirmaron que se trataba de un nuevo coronavirus que ha sido denominado SARS-CoV-2. Al igual que otros de la familia de los coronavirus, este virus causa diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19, que incluyen cuadros respiratorios que varían desde el resfriado común hasta cuadros de neumonía grave con síndrome de distrés respiratorio, shock séptico y fallo multiorgánico.

En los centros de la Consejería de Políticas Sociales Familias, Igualdad y Natalidad se atiende a menores, algunos de los cuales pueden presentar enfermedades crónicas de base, factores que se asocian a un mayor riesgo de presentar complicaciones graves en caso de infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 en comparación con la población general.

Otro factor importante que debe de ser tenido en consideración desde el punto de vista epidemiológico es la “colectividad” en sus diferentes variantes bien sea como centros institucionales residenciales o bien como centros semi-institucionales (Pisos tutelados, Residencias Infantiles y otros dispositivos) cada uno de ellos con diferentes niveles de riesgo.

La población infantil como el resto de la población, es susceptible de infectarse, sin embargo los datos disponibles hasta ahora, demuestran una incidencia más baja que en adultos y tienen mejor pronóstico; los casos leves se recuperan en 1-2 semanas después del inicio de la enfermedad.

Pese a ello, los niños, sobre todo los de menor edad, presentan determinadas características que dificultan el control de las infecciones y que pueden facilitar el contagio:

- No controlan la emisión de secreciones y excretas: babeo, ausencia de control de esfínteres.
- Incapacidad para adoptar medidas de higiene personal.
- Dificultad para mantener las medidas de protección (mascarilla sobre nariz y boca) e incluso en los menores de un año no está indicado su uso.
- Dificultad para llevar a cabo un aislamiento adecuado (control de sus desplazamientos y permanencia en un lugar determinado, etc.), lo que imposibilita un control adecuado de los contactos.
- Tendencia de los niños a compartir juguetes y objetos e interactuar entre ellos.
- La edad y la idiosincrasia propia de los niños, hacen imprescindible la figura del cuidador; por lo que las medidas higiénicas y el aislamiento ha de extenderse también a todas las personas responsables de su cuidado.

Todo lo anteriormente referido debe estimularnos para motivar y sensibilizar a los niños a que participen en las acciones preventivas habituales para la contención y expansión de la infección y a los profesionales sanitarios y educadores para que efectúen lleven a cabo una protección adecuada ya que resulta crucial en la valoración y exploración de los niños con infecciones respiratorias así como en su propia protección como trabajadores esenciales para el mantenimiento del servicio.

Por ello, se hace necesario implementar un procedimiento de prevención y actuación ante casos de infección por SARS-CoV-2 en los centros de menores de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad.

2. Definición de casos de infección activa por el nuevo coronavirus SARS-CoV2

La definición de caso está en permanente revisión y se irá modificando según avance el conocimiento epidemiológico de esta infección. Por lo tanto, se recomienda revisar la última versión disponible en la web de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/2019-nuevo-coronavirus> o en la web del Ministerio de Sanidad:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/>

3. Estudio de casos: en el escenario actual de transmisión comunitaria sostenida generalizada, se puede hacer la siguiente clasificación en cuanto a casos siguiendo: (1) Procedimiento de actuación frente a casos de nuevo coronavirus. Ministerio de Sanidad.

Actualización 11-04-2020 y (2) Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de COVID-19, indicadores y seguimiento, de 4 de mayo de 2020.

- **Caso sospechoso** de infección por SARS-CoV-2: persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros, con fiebre, tos o sensación de falta de aire. Otros síntomas atípicos como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolores musculares, diarreas, dolor torácico o cefaleas, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico al que no se le ha realizado prueba de diagnóstico microbiológico y mientras está pendiente de resultado. También han venido denominándose en otros protocolos como caso posible (2) y (1).
- **Caso confirmado:** caso que cumple criterio de laboratorio (PCR positiva u otra técnica de diagnóstico molecular que se considere adecuada) o bien caso que cumple criterio clínico, con PCR negativa y resultado positivo a Ig M por serología (NO POR TEST RÁPIDOS) (2) y (1).
- **Caso probable:** caso de infección respiratoria aguda grave con criterio clínico y radiológico compatible con un diagnóstico de COVID-19 no confirmado mediante PCR o casos sospechosos con PCR no concluyente. (1) y (2).

Si en el contexto de un estudio de contactos o un estudio de cribado, se detecta un caso con PCR positiva en un individuo asintomático éste se clasificará como caso confirmado.

Según la evidencia actual, la OMS recomienda el uso de test rápidos solo para determinados estudios y con fines de investigación. En general, estos no deben usarse para el diagnóstico ni para la toma de decisiones clínicas, hasta que esté disponible la evidencia que respalde su uso para estas indicaciones (2).

4. Estudio y manejo de contactos: se clasifica como **contacto estrecho de casos sospechosos (posibles), probables o confirmados:**

- Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso: personal sanitario o sociosanitario que no haya utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar (educadores).
- Cualquier persona (convivientes, familiares, etc.) que hayan estado en el mismo lugar que un caso mientras el caso, a una distancia menor de 2 metros durante un tiempo de al menos 15 minutos.

En el momento que se detecte un caso sospechoso se iniciarán las actividades de identificación de contactos estrechos. El periodo a considerar será desde 2 días antes del inicio de síntomas del caso hasta el momento en el que el caso es aislado. En los casos asintomáticos confirmados por PCR, los contactos se buscarán desde 2 días antes de la fecha de diagnóstico (2).

Cualquier persona asintomática que cumpla la definición de contacto estrecho de un caso confirmado deberá ser informada y se iniciará una vigilancia activa o pasiva, siguiendo los protocolos establecidos por las autoridades de salud pública de cada CCAA. En caso de convivientes se iniciará el seguimiento desde el momento de la detección del caso sospechoso.

A todos los contactos se les recogerán los datos epidemiológicos básicos. Estas personas deben estar localizables a lo largo del periodo de seguimiento. Deben de ser informados de las precauciones de higiene respiratoria (cómo toser, estornudar, etc. y sobre el uso de mascarilla quirúrgica para evitar la transmisión) y sobre el lavado de manos.

Los contactos estrechos de casos confirmados realizarán cuarentena durante 14 días desde la fecha de último contacto con el caso (en caso de convivientes se podrá plantear la cuarentena a la espera del resultado diagnóstico del caso sospechoso). En caso de ser convivientes y no poder realizar un aislamiento del caso en las condiciones óptimas, la cuarentena se prolongará 14 días desde el final del aislamiento del caso. En el caso de los trabajadores de los centros contactar con el responsable que se haya establecido para su seguimiento.

Si durante los 14 días de cuarentena desarrollara síntomas, pasará a ser considerado caso sospechoso, deberá hacer autoaislamiento inmediato en el lugar de residencia y contactar de forma urgente con el responsable que se haya establecido para su seguimiento.

Si el contacto sigue asintomático al finalizar su periodo de cuarentena, podrá reincorporarse a su rutina de forma habitual.

Dadas las singularidades de cada centro, el listado de contactos estrechos será confeccionado por el propio centro en función de la estructura y características de los mismos.

Todos los casos probables y confirmados se mantendrán en aislamiento, y en el caso de los sospechosos (posibles), el aislamiento se mantendrá hasta el resultado de la PCR.

El aislamiento se mantendrá al menos hasta tres días a partir de la resolución de la fiebre y del cuadro clínico, con un mínimo de 14 días desde el inicio de los síntomas y, preferiblemente tras realizar una PCR, cuyo resultado sea negativo.

5. Indicaciones para la realización del test diagnóstico para la detección del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2): en un escenario de transmisión comunitaria sostenida generalizada se debe realizar la detección de infección por SARS-CoV-2 en las siguientes situaciones:

- A.** Con carácter general, y siempre que exista disponibilidad, deberá realizarse la prueba diagnóstica de confirmación a los casos que presenten síntomas de infección respiratoria aguda para confirmar posible infección por COVID-19 (Orden 3951. BOE 21-03-2020).
- B.** En cualquier caso:
- 1) A personas con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda que se encuentre hospitalizada o que cumpla criterios de ingreso hospitalario.
 - 2) A personas con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de cualquier gravedad que pertenezca a alguno de los siguientes grupos: (a) personal sanitario y sociosanitario, (b) otros servicios esenciales.
 - 3) Se podrá considerar la realización del test diagnóstico en personas especialmente vulnerables que presenten un cuadro clínico de infección respiratoria aguda independientemente de su gravedad, tras una valoración clínica individualizada.

Dada la condición de vulnerabilidad de determinados colectivos (personas con discapacidad intelectual, con problemas crónicos de salud asociados, etc.), aquellos que presenten clínica compatible con una infección respiratoria aguda, aunque no cumplan con todos los criterios íntegros, deberán someterse a un seguimiento exhaustivo e incluso ser manejados como si se tratase de un caso sospechoso o posible de padecer infección por coronavirus.

Ante un caso confirmado de COVID-19 en una residencia de menores u otro tipo de centro sociosanitario, se considerará que existe un brote en la institución. Se indicará la realización de cuarentena y seguimiento de los contactos estrechos y se realizará una PCR a aquellos que desarrollen cualquier tipo de síntoma. Si es posible, se realizará también PCR a todos los contactos estrechos o según la circunstancia, a todos los residentes y trabajadores de la misma (2).

Si las pruebas iniciales son negativas o indeterminadas en un paciente con una alta sospecha clínica y epidemiológica (especialmente cuando solo se han recogido muestras de tracto respiratorio superior o la muestra recogida inicialmente no estaba tomada adecuadamente) se repetirá el diagnóstico con nuevas muestras del tracto respiratorio. Si la PCR continúa siendo negativa y han transcurrido varios días desde el inicio de los síntomas, se podrá plantear la detección de IgM mediante una prueba serológica tipo ELISA.

Para la toma de muestra (exudado nasofaríngeo) se debe emplear el equipo de protección individual para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto que incluya bata de protección, mascarilla FFP2, guantes y protección ocular. Las muestras han de conservarse en nevera hasta su traslado al laboratorio.

6. Criterios Clínicos

El objetivo de la vigilancia en la etapa actual de transición es la detección precoz de cualquier caso que pueda tener infección activa y que por tanto, pueda transmitir la enfermedad.

Se debe valorar si cumplen criterios de caso sospechoso, así como los criterios de gravedad clínica para decidir su derivación a un centro hospitalario o el seguimiento domiciliario. Se valorará el traslado a un centro hospitalario de los pacientes pediátricos con factores de riesgo (Tabla 1), síntomas de infección de vías respiratorias bajas o criterios de gravedad (Tabla 2). Se recomienda comunicar al centro hospitalario de referencia la derivación.

Tabla 1. Patologías consideradas de riesgo. Fuente: Manejo pediátrico en atención primaria del COVID-19. Ministerio de Sanidad. Actualización 20/4/2020

Inmunodepresión	Trasplante de órgano sólido o progenitores hematopoyéticos, pacientes hemato-oncológicos en tratamiento con quimioterapia, niños que reciban fármacos inmunosupresores, biológicos o modificadores de la enfermedad, pacientes sometidos a diálisis, niños con infección VIH con mal control y disminución de CD4; inversión CD4/CD8)
Cardiopatías	Cardiopatías Congénitas cianóticas y no cianóticas y otras (adquiridas, miocardiopatías, pericarditis, arritmias severas) hemodinámicamente significativas, incluyendo, que requieren tratamiento médico, que asocian hipertensión pulmonar, postoperatorio de cirugía o intervencionismo cardíaca, trasplante cardíaco o en espera de trasplante
Enfermedades neuromusculares y encefalopatías moderadas o graves	
Patología respiratoria crónica	Fibrosis quística, displasia broncopulmonar, oxigenoterapia domiciliaria, traqueostomía, ventilación mecánica domiciliaria, excluyendo asma (considerar asma grave)
Enfermedad de células falciforme homocigota o doble heterocigota	
Diabetes tipo 1 con mal control	

Tabla 2. Criterios clínicos de gravedad. Fuente: Documento de manejo clínico del paciente pediátrico con infección por SARS-CoV-2. Actualización 29/3/2020 – AEP-SEIP-SEUP-SECIP

CRITERIOS CLINICOS DE GRAVEDAD
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad respiratoria con o sin sibilancias asociadas (ver administración de medicación) <ul style="list-style-type: none"> ○ Taquipnea: ≥ 60 rpm < 2 meses; ≥ 50 rpm 2–12 meses; ≥ 40 rpm 1–5 años; ≥ 30 rpm > 5 años (sin llanto o fiebre). ○ Retracciones o tiraje supraesternal, supraclavicular, inter o subcostal, aleteo nasal, roncus o sibilantes audibles sin fonendo, cianosis, Saturación de O₂ <92%. • Gastrointestinales: Vómitos frecuentes, diarrea con signos o sospecha de deshidratación, rechazo de la alimentación, hipoglucemia... • Neurológicos: Confusión, letargia...

Ante la posibilidad de atender a pacientes no identificados correctamente, en el momento actual se debe evitar en lo posible la administración de aerosoles en cualquier paciente.

En caso de ser necesaria la administración de fármacos inhalados solo se utilizará cámaras y dispositivos MDI con o sin mascarilla o dispositivos de polvo seco en función de la edad del paciente. Será el propio paciente o sus cuidadores los que administrarán la medicación.

Los casos pediátricos, hasta la fecha, son menos frecuentes y parece que con una sintomatología más leve; pudiendo variar el cuadro clínico desde una afectación leve de vías respiratorias altas con uno o más de los siguientes síntomas: disnea, tos o dolor de garganta y/o fiebre; hasta un cuadro de neumonía grave con sepsis (Tabla 3).

No se han descrito alteraciones analíticas y radiográficas específicas en población infantil afectada por COVID-19. Las alteraciones que se han descrito más frecuentemente se describen en la Tabla 3, en la que se estratificarán los casos desde el punto de vista clínico en diferentes grupos para una toma de decisiones terapéuticas adecuadas.

Aunque en este la OMS en general, recomienda ingresar a todos los casos, en los pacientes con infección no complicada, según la situación epidemiológica y atendiendo las condiciones de los centros, se podrá decidir su atención en el propio centro o en el propio domicilio con instrucciones claras sobre la actuación en caso de empeoramiento.

Se debe contemplar la posibilidad de que el familiar u otro acompañante autorizado por los padres o tutor legal del menor le acompañe durante el proceso bien sea en el centro o el hospital en el caso que se derivase. Siendo recomendable que solo sea una persona y siempre la misma, la cual debe cumplir las medidas de aislamiento y utilizar los Equipos de Protección individual pertinentes (higiene de manos, mascarilla FFP2, bata de protección, guantes y gafas si procediese).

Tabla 3. Síndromes clínicos asociados con infección respiratoria viral aguda.

Infección no complicada	<ul style="list-style-type: none"> Los pacientes con infección viral no complicada del tracto respiratorio superior pueden presentar síntomas inespecíficos, como fiebre, tos, dolor de garganta, congestión nasal, malestar general, dolor de cabeza, dolor muscular o malestar general. No existen signos de deshidratación, sepsis o dificultad respiratoria.
Infección leve de vías bajas¹	<ul style="list-style-type: none"> Tos, dificultad respiratoria con taquipnea, pero sin signos de gravedad o neumonía severa. Criterios de taquipnea (en respiraciones/minuto): <ul style="list-style-type: none"> <2 meses ≥60 rpm 2-11 meses ≥50 rpm 1-5 años ≥40 rpm Adolescentes/Adultos >30 rpm Saturación ambiental >92%. Pueden o no, tener fiebre.
Infección grave de vías bajas²	<p>Tos o dificultad respiratoria y al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cianosis central o SaO₂ <92% (<90% en prematuros) Dificultad respiratoria severa: quejido, aleteo nasal, tiraje supraesternal, retracción torácica severa o disociación toraco-abdominal. Produce incapacidad o dificultad para alimentación. Produce disminución del estado de conciencia, letargo o pérdida de conocimiento o convulsiones. Taquipnea severa (en respiraciones/min): ≥70 rpm en menores de 1 año; ≥50 rpm en mayores de 1 año. Gasometría arterial: PaO₂ < 60 mmHg, PaCO₂ > 50 mmHg. <p>El diagnóstico es clínico; las imágenes de radiografía de tórax pueden excluir complicaciones (atelectasias, infiltrados, derrame)</p>
Otras Manifestaciones asociadas a cuadros graves	<p>Trastornos de la coagulación (tiempo prolongado de protrombina y elevación de dímero-D), daño miocárdico (aumento de enzimas miocárdica, cambios de ST-T en el electrocardiograma, cardiomegalia e insuficiencia cardíaca), insuficiencia renal, disfunción gastrointestinal, elevación de enzimas hepática y rhabdomiolisis.</p>
Síndrome de Distrés respiratorio agudo (SDRA)³	<ul style="list-style-type: none"> Inicio: nuevo o empeoramiento del cuadro en los 10 días previos. Rx tórax, TC o ECO: Nuevo(s) infiltrado(s) uni/bilaterales compatibles con afectación aguda del parénquima pulmonar. Origen edema pulmonar: insuficiencia respiratoria en ausencia de otra etiología como fallo cardíaco (descartado por ecocardiografía) o sobrecarga de volumen. Oxigenación (OI = Índice de oxigenación y OSI = Índice de oxigenación usando SpO₂): <ul style="list-style-type: none"> VNI <i>bilevel</i> o CPAP ≥5 cmH₂O a través de una máscara facial completa: PaO₂ / FiO₂ ≤ 300 mmHg o SpO₂ / FiO₂ ≤ 264 SDRA leve (ventilación invasiva): 4 ≤ OI < 8 5 ≤ OSI < 7,5 SDRA moderado (ventilación invasiva): 8 ≤ OI < 16 7,5 ≤ OSI < 12,3 SDRA grave (ventilación invasiva): OI ≥ 16 OSI ≥ 12,3
Sepsis⁴	<ul style="list-style-type: none"> Infección sospechada o comprobada y ≥ 2 criterios de SIRS, de los cuales uno debe ser temperatura anormal o recuento leucocitario anormal (los otros 2 criterios son taquipnea y taquicardia o bradicardia en < 1 año). Es grave si presenta disfunción cardiovascular, SDRA o ≥ 2 disfunciones del resto de órganos.
Shock séptico⁵	<ul style="list-style-type: none"> Sospecha infección (puede tener hipotermia o hipertermia) y presenta signos de hipoperfusión periférica como hipotensión (PAS < percentil 5 o > 2 DE por debajo de lo normal para la edad) o 2-3 de los siguientes: estado mental alterado; taquicardia o bradicardia (FC < 90 lpm o > 160 lpm en lactantes y FC < 70 lpm o > 150 lpm en niños); relleno capilar lento (> 2 segundos) o piel caliente vasodilatada con pulsos saltones; taquipnea; piel moteada o erupción petequial o purpúrica; lactato aumentado, oliguria. Si requiere drogas vasoactivas para mantener una tensión arterial y perfusión adecuadas tras una correcta expansión de volumen

¹ Equivalente a neumonía leve de la OMS. ² Equivalente a neumonía grave de la OMS. SIRS: Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. VNI: ventilación no invasiva, PAS: presión arterial sistólica, DE: desviación estándar. FC: frecuencia cardíaca. / ³ Khemani RG, Smith LS, Zimmerman JJ; et al. Pediatric Acute Respiratory Distress Syndrome: Definition, Incidence, Epidemiology. Proceedings from Pediatric Acute Lung Injury Consensus Conference. *Pediatr Crit Care Med* 2011;16(Suppl 5):523-40. / ⁴ Goldstein B, Giroir B, Randolph A, International Consensus Conference on Pediatric Sepsis. International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics. *Pediatr Crit Care Med* 2005; 6:2-8. / ⁵ Davis AL, Carcillo JA, Aneja RK, et al. American College of Critical Care Medicine Clinical Practice Parameters for Hemodynamic Support of Pediatric and Neonatal Septic Shock. *Crit Care Med* 2017; 45:1061-93.

7. Procedimiento de notificación de casos

Los casos sospechosos se notificarán de forma urgente a Salud Pública, de 8:00 a 15:00 horas a los Servicios del Área Única de Salud Pública y durante las tardes, noches, fines de semana y festivos al Sistema de Alerta Rápida en Salud Pública (SARSP) llamando al 061.Tabla 4.

Salud Pública determinará el procedimiento de actuaciones frente a coronavirus a seguir en cada caso.

8. Medidas para la prevención y control de la infección:

Respecto a la infección por SARS-CoV2 hay que tener en cuenta que la transmisión se realiza a través de grandes gotas respiratorias, por aerosoles, por contacto y también se excreta en heces. Hay que recordar que existe transmisión en el periodo de incubación.

La transmisión se realiza a partir de secreciones de personas infectadas, principalmente por contacto directo con gotas respiratorias de más de 5 micras (capaces de transmitirse a distancias de hasta 2 metros) y las manos o los fómites contaminados con estas secreciones, seguido del contacto con la mucosa de la boca, nariz u ojos.

Debido a ello, las precauciones para el manejo de los pacientes sospechosos, probables o confirmados por SARS-CoV-2, deben incluir las precauciones estándar, precauciones de contacto y precauciones de transmisión por gotas y, si se van a producir aerosoles, precauciones de transmisión aérea.

Las medidas generales para los centros recomendadas para la prevención y control de la infección, y en especial en los que haya casos son las siguientes:

- Se recomienda colocar información visual (carteles, folletos etc.) en las salas comunes, de visitas, etc. incluyendo información adaptada a los menores para advertir y ofrecer, tanto a los niños con edad suficiente para poder colaborar, como a sus cuidadores, las instrucciones necesarias sobre el lavado de manos e higiene respiratoria.
- En las salas de espera pediátricas no habrá materiales como juguetes, libros u otros utensilios que los niños puedan compartir y en los que no se pueda garantizar que se cumplen las normas de limpieza e higiene de material recomendadas.
- Los pacientes pediátricos que acudan a los centros sanitarios con síntomas de infección respiratoria aguda deben recibir y ponerse una mascarilla quirúrgica, si es posible.

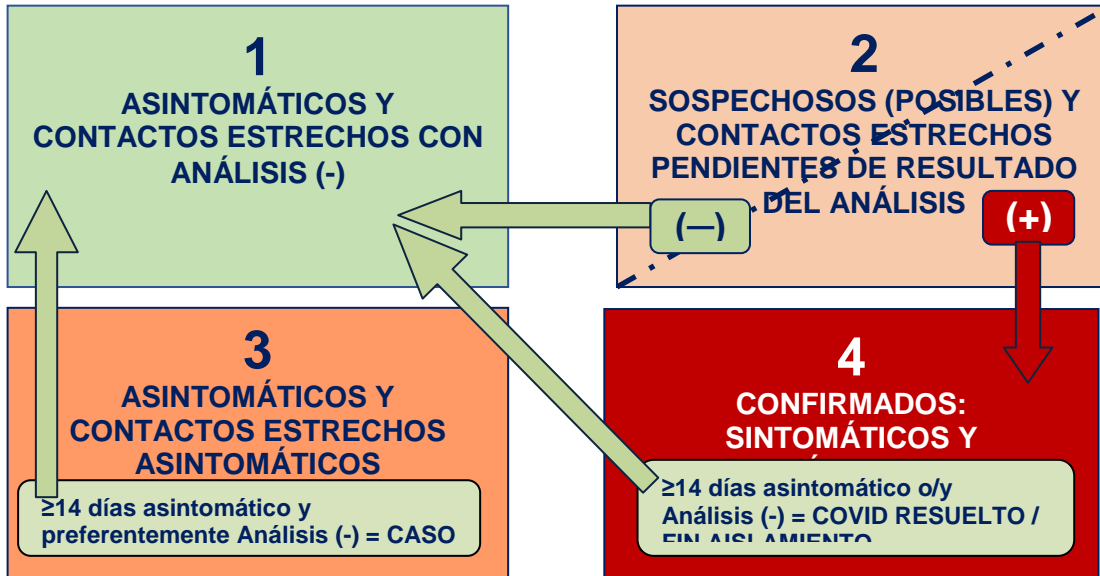
- En menores de un año, que no pueden utilizar mascarilla, deberán mantenerse en los coches, sillas o sistemas de retención de bebés y apartados de los demás pacientes. En mayores de un año que no toleren la colocación de una mascarilla se deben mantener alejados, al menos dos metros del resto de pacientes.
- En cualquier caso, todos los acompañantes de los niños con síntomas de sospecha de COVID-19 u otra infección respiratoria deberán utilizar mascarilla.
- Se recomendará el lavado de manos periódico a los trabajadores y a los usuarios, en función de su edad y capacidad de colaboración, bien sea con geles hidroalcohólicos o mediante el lavado higiénico de manos convencional.
- Se efectuará con frecuencia una limpieza y desinfección del mobiliario y objetos en contacto con los usuarios con desinfectantes convencionales: hipoclorito sódico que contenga 1000 ppm de cloro activo (dilución 1:50 de una lejía con concentración 40-50 gr/litros preparada recientemente), etanol al 70% (téngase en cuenta que comercial es al 96% y que para su uso como limpiador de estos efectos personales ha de rebajarse al 70%, para ello coja 70 mililitros de alcohol y llévelo a 100 mililitros con agua. Posteriormente, se evitará que queden restos de humedad en las superficies cercanas al usuario.
- Se limitará los traslados y desplazamientos de los usuarios entre zonas y dependencias del propio centro a fin de evitar la transmisión vírica, salvo los justificados en función de su situación clínico- epidemiológica.
- Se evitará que los usuarios salgan al exterior del centro para controlar la posible circulación del virus.
- Se evitará la confluencia de personas en actividades que no sean absolutamente imprescindibles, favoreciendo otras formas de participación no presencial (online, tecnologías de la información, etc.).
- Se informará de forma directa y mediante carteles situados en las zonas comunes a los familiares, personas cercanas y otros visitantes sobre la situación, desaconsejándose las visitas al centro mientras dure esta situación. Si ésta es imprescindible, por situaciones justificadas se realizará con todas las medidas de higiene necesarias para evitar la transmisión, utilizando mascarilla quirúrgica durante toda la estancia en el centro.
- Los trabajadores, especialmente los del área sanitaria, establecerán con la mayor rapidez posible si un usuario con Infección Respiratoria Aguda (IRA) cumple los criterios de caso sospechoso, así como una estratificación clínica del proceso, según la Tabla 3.

- Los menores que se identifiquen como casos sospechosos, deberán separarse de las restantes personas, se les pondrá una mascarilla quirúrgica siempre que sea posible, para proteger a los restantes y se habilitará una zona de aislamiento que podrá ser común para todos ellos (aislamiento por cohortes). El personal que les acompañe hasta la zona de aislamiento llevará mascarilla quirúrgica excepto niños menores de 1 año. Para realizar procedimientos asistenciales, que lo requieran, utilizarán mascarilla FFP2 o FFP3.
- Los casos sospechosos permanecerán aislados a la espera de los resultados de las pruebas diagnósticas. Si el cuadro clínico no lo precisa, el aislamiento se llevará a cabo en el propio centro, siempre que se pueda garantizar un adecuado aislamiento y no sean necesarios otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos, en cuyo caso se derivará al dispositivo pertinente.
- Se tratará de habilitar espacios bien diferenciados a fin de evitar los cruces entre usuarios. En el momento actual, la disponibilidad de análisis microbiológico (PCR), que es el procedimiento diagnóstico de referencia frente al COVID-19; constituye una magnífica oportunidad de habilitar una serie de áreas o espacios bien diferenciados en los que se estratifique a la población con arreglo a los resultados analíticos y manifestaciones clínicas, a fin de evitar los cruces entre usuarios y controlar la transmisión de la enfermedad (contagio). De esta forma, se asegurará una mayor protección a los usuarios de los centros, además de dar cumplimiento a la Orden Ministerial SND/265/2020, de 19 de marzo. En este sentido, los centros deben tratar de establecer de forma óptima las siguientes zonas (ANEXO I):
 - 1) **Áreas para personas asintomáticas y contactos estrechos ambos con Análisis (-)**
 - 2) **Áreas para casos sospechosos (posibles) con síntomas compatibles y contactos estrechos, ambos pendientes de resultados del Análisis** (si es posible separando a ambos en 2 secciones bien diferenciadas y separadas entre sí, más de 2 metros)
 - 3) **Áreas para personas asintomáticas y contactos estrechos asintomáticos, ambos con Análisis (+)**
 - 4) **Áreas para casos confirmados: sintomáticos con Test (+)**

Para pasar de las Áreas 3 y 4, al Área 1, se hará preferentemente tras un análisis microbiológico negativo.

Estas áreas podrán llevarse a cabo de forma horizontal (áreas diferenciadas en una misma planta) o en vertical (en plantas diferentes).

ANEXO I. ÁREAS O ESPACIOS FRENTE AL CORONAVIRUS



Del mismo modo, a medida que avanza en un centro el proceso pandémico, con la disponibilidad de controles analíticos, podemos asistir a una transformación de casos positivos a negativos, lo que propiciará la eliminación de algunas de estas áreas o espacios, especialmente el área 3.

En aquellos centros en los que por su estructura arquitectónica, no se puedan habilitar estos espacios bien diferenciados, se tratará de establecer zonas o áreas en las que se ubiquen a los usuarios anteriormente referidos estableciendo entre unos y otros separaciones de seguridad mayores a los 2 metros y evitando el cruce de usuarios entre unos grupos y otros.

A la salida de las zonas 3 y 4 se establecerá una zona de transición, debidamente marcada y con un cartel identificativo en la que se disponga del siguiente equipamiento:

- a) Depósito para los residuos (riesgo biológico), de todo aquello que es desechable. A ser posible siempre que se introduzca material, se pulverizara para disminuir la carga vírica. Los residuos se consideran residuos de Clase III o como residuos Biosanitarios Especiales (se considerarán como residuo Biosanitario Especial del Grupo 3, similar a la tuberculosis).
- b) Mesa con material de desinfección:
 - Pulverizador de mano relleno de solución descontaminante (hipoclorito sódico - lejía- al 0.1% o etanol al 70%).
 - Bayetas absorbentes.
 - Mopas absorbentes.

- Cubeta para higiene de manos o bote de gel hidroalcohólico
- Cubeta plana con capa muy fina de descontaminante, o soporte textil impregnado de descontaminante para pisar por encima Los equipos de protección desinfectados que vayan a reutilizarse.

Se evitarán los cruces entre áreas y el personal, correctamente equipado, se asignará en lo posible a cada área. Si por necesidades imperiosas debe cambiar, guardará todas las medidas higiénicas posibles y se equipará de nuevo, según proceda, para acceder a cada área, haciendo un uso racional y responsable de los EPI. ANEXO II y ANEXO III.

- Se realizará un aislamiento bien sea individual o por cohortes en habitación individual o doble, bien ventiladas y con baño propio, si es posible, y se habilitarán espacios comunes y salas de estar para estas personas. En estos baños, se priorizará el uso de toallas de papel desechable.
- Los casos confirmados de infección, realizarán las comidas en sus propias habitaciones o en los espacios o salas habilitadas para los aislamientos compartidos. No utilizarán los comedores colectivos. Se dotará a cada uno de estos usuarios de una mascarilla quirúrgica y se les darán instrucciones acerca de las medidas de prevención de la transmisión, si es posible, teniendo en cuenta la edad y la capacidad de colaboración de cada persona.
- El aislamiento óptimo se realizará en una habitación individual con baño propio, siempre que sea posible, y bien ventilada. En su defecto podrá efectuarse en habitación doble compartida (por cohortes), que estén bien ventiladas y preferentemente con baño propio o si no es posible, que se asignen baños diferenciados para la población asintomática y la afectada o en investigación.
- En el momento epidemiológico actual y de forma general, los casos probables y confirmados con afectación clínica considerable (graves, críticos, distrés o sepsis) según la estratificación de la Tabla 1 a 4, se valorará la derivación al hospital de referencia en el que se establecerá la estrategia adecuada a cada caso.
- El personal que atiende a casos en sospechosos, confirmados o probables para infección por nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) deberá mantener una distancia de seguridad de al menos un metro, siendo lo óptimo alcanzar los dos metros y deberán llevar un equipo de protección individual para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto que incluya bata resistente a líquidos, mascarilla, guantes y protección ocular antisalpicaduras si la distancia al usuario es menor de 1 metro al atenderle en el aseo o alimentación o bien si existe riesgo de secreciones o salpicaduras. Tal como se señala en el siguiente apartado.

- En los procedimientos que generen aerosoles, que incluyen cualquier procedimiento sobre la vía aérea, como la toma de muestras nasofaríngeas, se deberán reducir al mínimo el número de personas en la habitación y todos deben llevar el siguiente equipamiento:
 1. Una mascarilla de alta eficacia FFP2 o preferiblemente FFP3 si hay disponibilidad.
 2. Protección ocular ajustada de montura integral o protector facial completo.
 3. Guantes de nitrilo.
 4. Batas impermeables de manga larga (si la bata no es impermeable y se prevé que se produzcan salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales, añadir un delantal de plástico etc.).
- Los trabajadores que no pertenezcan al área asistencial y los familiares que deban entrar en la habitación, procurarán mantener una distancia superior a un metro del paciente, siendo lo óptimo dos metros; y deben de usar precauciones de gotas y contactos convencionales: mascarilla quirúrgica, bata desechable, guantes de nitrilo y si hubiese riesgo de salpicaduras, bata impermeable, guantes de nitrilo, mascarilla FFP2 y protección ocular.
- Se debe cumplir una estricta higiene de manos antes y después del contacto con el paciente y de la retirada de los EPI.
- Es importante identificar a todo el personal sanitario que atiende a los casos probables, sospechosos o confirmados de infección por el nuevo coronavirus. El riesgo deberá ser valorado de forma individualizada. Si no se han cumplido las medidas de precaución, serán considerados contactos estrechos y se manejarán como tales.
- Se debe realizar la limpieza y desinfección de las superficies con las que ha estado en contacto el paciente y/o sus secreciones. La limpieza y desinfección se realizará con un desinfectante incluido en la política de limpieza y desinfección del centro. Estos virus se inactivan tras 5 minutos de contacto con desinfectantes, como la lejía o con una solución de hipoclorito sódico que contenga 1000 ppm de cloro activo (dilución 1:50 de una lejía con concentración 40-50 gr/litro preparada recientemente). Esta dilución se prepara de la siguiente forma: 20 ml de lejía doméstica (no importa la marca) y añadir agua del grifo hasta completar 1000 ml (1 litro). El personal de limpieza utilizará equipo de protección individual adecuado dependiendo del nivel de riesgo que se considere en cada situación. Siempre que exista riesgo de crear aerosoles, se seguirán las recomendaciones señaladas en el apartado anterior.
- Las medidas de aislamiento se mantendrán hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico, con un mínimo de 14 días, desde el inicio de los síntomas (2).

Los casos probables y confirmados que hayan requerido ingreso hospitalario, podrán recibir el alta hospitalaria si su situación clínica lo permite, aunque su PCR siga siendo positiva, pero deberán mantener el aislamiento al menos 14 días desde el alta hospitalaria, siempre que hayan transcurrido tres días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico. Los casos ingresados que al alta tengan un resultado de laboratorio negativo podrán ir a su domicilio o al centro residencial sin aislamiento.

- Durante el período en el que el usuario permanezca en aislamiento (casos confirmados, probables o sospechosos), se suspenderán las visitas de amigos y familiares y si éstas fueran imprescindibles deberán cumplir las precauciones de control de la infección utilizando los equipos de protección pertinentes. Del mismo modo estos usuarios no deben salir del centro ni de la zona determinada para aislamiento.
- Los residuos sanitarios provenientes de la asistencia a usuarios confirmados o sospechosos, se clasificarán como residuos biosanitarios infecciosos o específicos del Grupo III. Estos residuos exigen el cumplimiento de medidas de prevención en la manipulación, recogida, almacenamiento, transporte, tratamiento y eliminación, por representar riesgos para los trabajadores, para la salud pública o el medio ambiente. Deben seguir procesos de gestión especiales por parte de empresas autorizadas por las Comunidades Autónomas (Gestor Autorizado de Residuos). Existirán dos tipos de contenedores, uno específico para residuos de este grupo punzantes y/o cortantes, cuyo recipiente ha de ser de un solo uso, impermeables, rígidos y a prueba de pinchazos, de color amarillo y otro contenedor para el resto de residuos de este grupo (material fungible utilizado), de mayor tamaño, en cubos negros, de 30-60litros, o en su defecto bolas o sacas de plástico negro de 100-200 galgas.
- La ropa personal y ropa de cama, toallas, etc. de estos usuarios se retirará según los procedimientos establecidos, se evitará airearla y sacudirla, se cerrará con inmediatez antes de sacarla de la habitación y se retirará, identificando estas bolsas hasta su entrega, para evitar la diseminación del virus, procediéndose a su lavado mediante los procedimientos habituales de lavado utilizados, entre 60 y 90°C.
- La vajilla y menaje utilizado por los usuarios confirmados o en investigación no requiere ningún tratamiento especial ni el uso de utillaje de cocina desechable. El lavado se realizará en el mismo lavavajillas que el resto de menaje del centro.

Este procedimiento de trabajo tiene un carácter dinámico y se actualizará periódicamente a la luz de los conocimientos científico-técnicos y de los datos epidemiológicos pertinentes.

Del mismo modo en función de la evolución de la situación clínica y epidemiológica, la autoridad competente podrá determinar actuaciones complementarias a las que se indican en el mismo.

Tabla 4. Listado de los Servicios del Área Única de Salud Pública, Servicio de Alertas y Servicio de Epidemiología según ubicación

	Dirección	Teléfono	Fax
ÁREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA 1	C/ Cincovillas, 5 (28051 MADRID)	91 494 24 79	91 494 07 19
ÁREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA 2	C/ Océano Pacífico, 3 (28821 COSLADA)	91 672 32 18	91 673 85 15
ÁREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA 3	Avda. Reyes Magos, s/n (28806 ALCALÁ DE HENARES)	91 880 60 07	91 882 84 06
ÁREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA 4	C/ Cincovillas, 5 (28051 MADRID)	91 494 24 79	91 494 07 19
ÁREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA 5	C/ Blas de Otero 13 , 3ª Planta (28100 ALCOBENDAS)	91 490 41 10	91 661 42 96
ÁREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA 6	C/ Aristóteles, 3 (28230 LAS ROZAS DE MADRID)	91 227 69 00	91 204 38 26
ÁREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA 7	C/ Cincovillas, 5 (28051 MADRID)	91 494 24 79	91 494 07 19
ÁREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA 8	C/ Alonso Cano, 8 (28933 MÓSTOLES)	91 621 10 40	91 811 32 56
ÁREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA 9	Avda. Portugal 2, 1ª Planta (28916 LEGANÉS)	91 248 49 00	91 686 38 11
ÁREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA 10	C/ Alberto Palacios 22 (28021 MADRID)	91 696 41 66	91 696 63 51
ÁREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA 11	C/ Alberto Palacios 22 (28021 MADRID)	91 710 96 67	91 798 01 32
Servicio de Epidemiología	C/ San Martín de Porres 6 - 1ª planta (28035 MADRID)	91 370 08 88	91 370 08 83
Servicio de Alertas en Salud Pública	C/ San Martín de Porres 6 - 1ª planta (28035 MADRID)	91 370 08 03	91 370 08 09

ANEXO II

UTILIZACIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN CENTROS DE LA AMAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR CORONAVIRUS

- Con motivo de la crisis sanitaria originada ante la situación pandémica por la infección por coronavirus, desde la AMAS se han establecido unos criterios de utilización de los Equipos de Protección Individual (EPIs) proporcionales a las posibilidades logísticas de provisión de los mismos, tratando de garantizar la máxima seguridad de los trabajadores en cada momento.
- La situación de transmisión comunitaria de la infección en el ámbito regional de la Comunidad de Madrid aconseja en estos momentos, las siguientes medidas:
- Las principales medidas de prevención son la higiene de manos y mantener la distancia social de 2 metros. La higiene de manos se efectuará entre cada usuario a los que se atienda, independientemente de la condición o grupo al que pertenezcan éstos y ante cada cambio de actividad o manipulación de objetos.
- Se utilizará mascarilla quirúrgica en todos los usuarios que presenten síntomas respiratorios independientemente al grupo al que pertenezcan (confirmados, probables, posibles o en investigación) para proteger a las personas de su entorno frente al coronavirus.
- Los trabajadores del centro se protegerán adecuadamente utilizando de forma proporcional los EPI en función de la actividad y el nivel de riesgo que lleva implícita la misma, a fin de ajustar el consumo de estos, siguiendo el siguiente criterio:

ACTIVIDADES	EQUIPO DE PROTECCION
ATENCIÓN GENERAL DE RESIDENTES	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la distancia de seguridad de 2 metros (óptimo) o al menos 1 metro (mínimo). • Mascarilla quirúrgica (Objetivo: Protección de los usuarios vulnerables frente a la transmisión por parte del trabajador)
AUXILIAR DE INFORMACIÓN Y CONTROL / ADMINISTRACIÓN / TRABAJADOR SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la distancia de seguridad de 2 metros (óptimo) o al menos 1 metro (mínimo). • Mascarilla quirúrgica (Objetivo: Protección de los usuarios vulnerables frente a la transmisión por parte del trabajador)
DESPLAZAMIENTOS A CONSULTAS	Mascarilla quirúrgica (Objetivo: Protección de los usuarios vulnerables frente a la transmisión por parte del trabajador)
TRASLADO A USUARIOS	Mascarilla quirúrgica (Objetivo: Protección de los usuarios vulnerables frente a la transmisión por parte del trabajador) Guantes: cambiarlos entre usuario atendido. Realizar higiene de manos y realizar higiene de manillas y reposabrazos de sillas de ruedas, andadores, grúas, etc.

<p>LIMPIEZA DE HABITACIONES , BAÑOS, SALAS Y COMEDORES MANTENIMIENTO DE DEPENDENCIAS DEL CENTRO</p>	<p>En usuarios no afectados Mascarilla quirúrgica (Objetivo: Protección de los usuarios vulnerables frente a la transmisión por parte del trabajador)</p> <p>Atención a usuarios posibles, probables, investigación o confirmados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mascarilla quirúrgica • Bata desechable • Guantes • No realizará la limpieza durante la aplicación de nebulizadores, aerosoles, oxigenoterapia o procedimientos que generen salpicaduras, ni hasta 2horas después de las mismas. • En aquellos casos en los que se debiera realizar la limpieza con el usuario en la habitación o se estuvieran aplicando algunos de los procedimientos anteriores, se utilizarán los EPI específicos para tal fin (FFP2, Gafas antisalpicadura, etc.)
<p>ATENCIÓN DIRECTA POR PERSONAL SANITARIO, TÉCNICOS Y EDUCADORES A USUARIOS POSIBLES, PROBABLES, EN INVESTIGACIÓN Y CASOS CONFIRMADOS</p>	<p>Atención habitual del usuario (aseo, comida, etc. donde no se prevea salpicaduras y se pueda mantener una distancia mayor a 1 metro):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mascarilla quirúrgica • Bata desechable • Guantes <p>Atención al usuario a distancia menor de 1 metro, en el aseo, alimentación y cuando pueda entrar en contacto con secreciones o salpicaduras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mascarilla FFP2 • Bata impermeable • Guantes • Gafas antisalpicaduras cuando se generen aerosoles o salpicaduras <p>Procedimientos diagnóstico-terapéuticos (recogida de muestras, nebulizaciones, aerosoles, curas de lesiones cutáneas, retirada de sondas, etc.) y hasta 2horas después de las mismas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mascarilla FFP2 / FFP3 • Bata impermeable • Gafas antisalpicaduras • Guantes
<p>RECOMEDACIÓN CON FAMILIARES</p>	<p>Limitación o restricción de todas las visitas al centro, salvo las estrictamente necesarias. Cualquier familiar que presente síntomas debe abstenerse de acudir al centro y comunicarlo si ha efectuado visitas al centro.</p> <p>Si es familiar de un paciente confirmado, en estudio o posible y está justificado su acompañamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la distancia de seguridad de 2 metros (óptimo) o al menos 1 metro (mínimo). • Mascarilla quirúrgica • Bata desechable • Guantes • En los procedimientos que generen, nebulizaciones, aerosoles y salpicaduras no podrá estar en la habitación hasta 2horas después de su finalización.
<p>FALLECIMIENTO (Despedida en Final de Vida)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No tocar el cadáver ni las superficies o enseres • Mascarilla quirúrgica • Bata desechable • Guantes

CRITERIOS OPERATIVOS PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS DE EPI. ANEXO III

- 1) Los centros establecerán procedimientos organizativos y operativos que favorezcan un consumo adecuado de los EPI en función de la existencia y provisión de los mismos por parte del mercado y servicios de logística en una situación de crisis sanitaria global.
- 2) De tal forma que para alcanzar la mayor optimización de éstos se dan los siguientes consejos:
- 3) Se ajustará el consumo de EPI en general, a las posibilidades de provisión diaria que cada centro pueda dotar, para ello se fomentará el menor número de rotaciones diarias entre los trabajadores que atiendan a los usuarios afectados en cualquiera de sus variantes.
- 4) Para optimizar las mascarillas quirúrgicas, en aquellos puestos de trabajo en los que no entran en contacto directo con los usuarios y en los que se pueda preservar la integridad de las mismas, se utilizarán hasta que se considere que no son aptas para su uso.
- 5) En todos los casos en los que sea evidente un deterioro de las mascarillas quirúrgicas y en aquellos trabajadores que entran en contacto directo con usuarios afectados en cualquiera de sus variantes, se hará un uso responsable de las mascarillas quirúrgicas procediendo a su cambio solo cuando sea necesario.
- 6) El uso de batas se hará de una forma proporcional y racional, ajustando el consumo de estas en función de las actividades que hayan de realizarse en cada caso.
- 7) Se utilizarán guantes de nitrilo que se cambiarán entre cada residente o cuando sea necesario.
- 8) En todos aquellos procedimientos diagnóstico-terapéuticos en los que se originen salpicaduras, aerosoles, nebulizaciones o para curas de lesiones cutáneas se utilizarán mascarillas FFP2 o FFP3 según proceda y batas impermeables.
- 9) En el supuesto anterior, y con el fin de establecer un sistema de control de existencias, ante limitaciones de las existencias de batas impermeables, se procederá a utilizar un “buzo de protección” o en su defecto una bata quirúrgica con un mandil o delantal plástico de protección, manguitos, etc.
- 10) Las gafas antisalpicadura se utilizarán solo en los casos señalados anteriormente, teniendo en cuenta que éstas son susceptibles de lavado, limpieza y desinfección para su posterior uso.
- 11) Ante determinadas situaciones excepcionales, en las que no pueda garantizarse una normal provisión y logística para dar respuestas a las necesidades extraordinarias en etapas de brotes epidémicos-pandémicos, se podrá efectuar un uso de los EPI siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Sanidad. ANEXO IV.

ANEXO III. UTILIZACIÓN DE EPI EN LAS ÁREAS O ESPACIOS FRENTE AL CORONAVIRUS (20-03-2020)

1 (Nº de Casos: ___)

**ASINTOMÁTICOS Y CONTACTOS ESTRECHOS
CON ANÁLISIS (-)**

- Mantener distancia protección >1 metro
- Mascarilla Quirúrgica
- Uniforme o Bata Quirúrgica Simple
- Guantes

Se puede mantener el mismo equipo siempre que se esté en la misma zona y no se deteriore
Cambio de guantes entre cada residente

(*) En su defecto ver Medidas Excepcionales ante la posible escasez de EPI (Ministerio de Sanidad y Trabajo y Economía Social)

2 (Nº de Casos: ___)

**SOSPECHOSOS (POSIBLES) Y
CONTACTOS ESTRECHOS PENDIENTES
DE RESULTADO DEL ANÁLISIS**

- Mascarilla Quirúrgica o Mascarilla FFP2 ante distancia <2metros y/o Maniobras Instrumentales
- Bata Impermeable o Mono Plástico o Bata Quirúrgica + Delantal Plástico + Manguito, ante Maniobras Instrumentales
- Guantes Nitrilo Alta Protección
- Gafas o Pantalla Antisalpicaduras
- Gorros y Calzas

Se puede mantener el mismo equipo siempre que se esté en la misma zona y no se deteriore
Cambio de guantes entre cada residente
(*) En su defecto ver Medidas Excepcionales ante la posible escasez de EPI (Ministerio de Sanidad y Trabajo y Economía Social)

3 (Nº de Casos: ___)

**ASINTOMÁTICOS Y CONTACTOS ESTRECHOS
ASINTOMÁTICOS ANÁLISIS (+)**

- Mascarilla FFP2
- Bata Impermeable o Mono Plástico o Bata Quirúrgica + Delantal + Manguito Plástico
- Guantes Nitrilo Alta Protección
- Gafas o Pantalla Antisalpicaduras
- Gorros y Calzas

Se puede mantener el mismo equipo siempre que se esté en la misma zona y no se deteriore
Cambio de guante entre cada residente

(*) En su defecto ver Medidas Excepcionales ante la posible escasez de EPI (Ministerio de Sanidad y Trabajo y Economía Social)

4 (Nº de Casos: ___)

**CONFIRMADOS: SINTOMÁTICOS Y
ANÁLISIS (+)**

- Mascarilla FFP2
- Bata Impermeable o Mono Plástico o Bata Quirúrgica + Delantal Plástico + Manguito
- Guantes Nitrilo Alta Protección
- Gafas o Pantalla Antisalpicaduras
- Gorros y Calzas

Se puede mantener el mismo equipo siempre que se esté en la misma zona y no se deteriore
Cambio de guantes entre cada residente

(*) En su defecto ver Medidas Excepcionales ante la posible escasez de EPI (Ministerio de Sanidad y Trabajo y Economía Social)

Madrid, 11 de mayo de 2020

Dirección-Coordinación Sanitario Asistencial de la AMAS

ANEXO IV. USO DE EPI EN SITUACIONES EXCEPCIONALES



Medidas excepcionales ante la posible escasez de EPI: estrategias alternativas en situación de crisis

Este documento plantea alternativas y posibles estrategias ante la escasez de equipos de protección individual (EPI) en situación de crisis. Deben ser evaluadas antes de su aplicación excepcional.

La forma óptima de prevenir la transmisión es usar una combinación de todas las medidas preventivas, no solo EPI. La aplicación de una combinación de medidas de control puede proporcionar un grado adicional de protección, incluso si una medida falla o no está disponible.

Este enfoque está destinado a usarse cuando los equipos de protección individual (EPI) son tan limitados que ya no es posible aplicar de forma rutinaria las recomendaciones existentes. Es posible que sea necesario considerar alguna de estas medidas o una combinación de ellas, siempre de forma excepcional y mientras persista la situación de escasez.

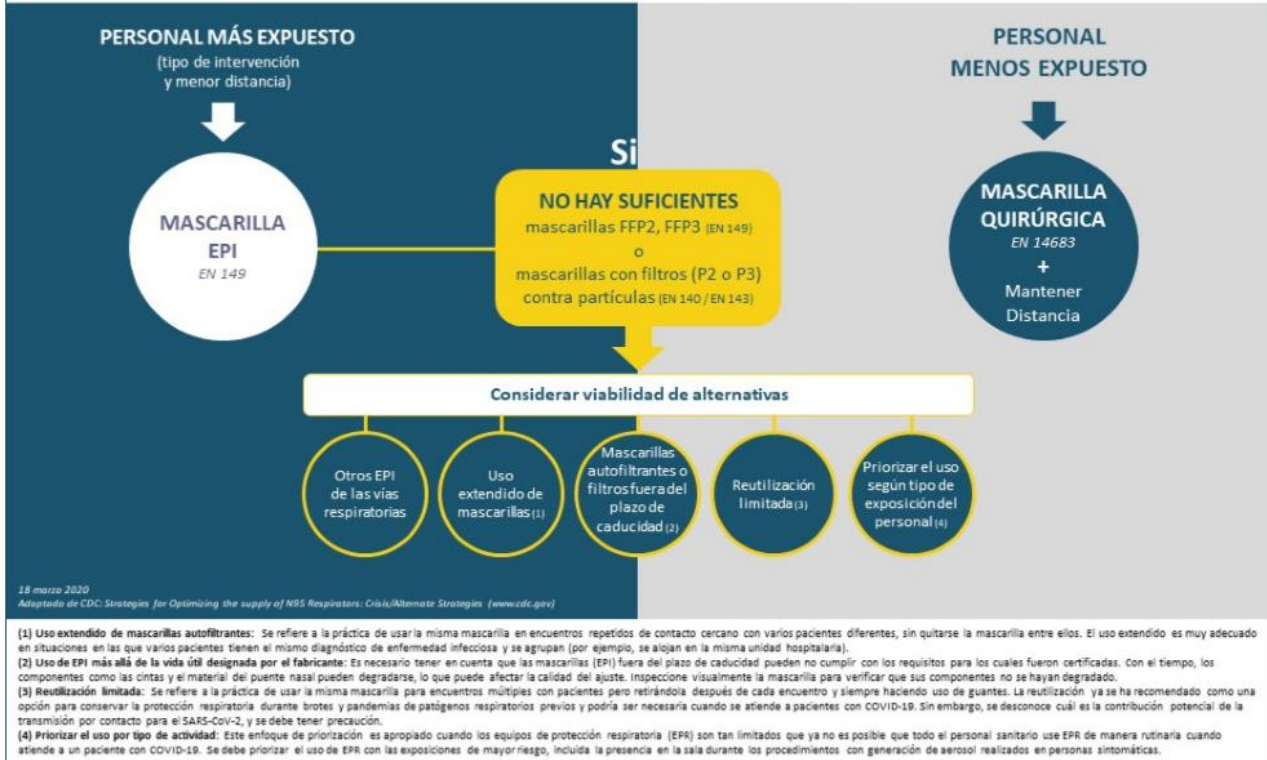
Las recomendaciones incluidas en el presente documento están en continua revisión en función de la evolución y nueva información que se disponga de la infección por el nuevo coronavirus (SARS-COV-2)

Este documento ha sido revisado y aprobado por la Ponencia de Salud Laboral

En la tabla siguiente se muestra el uso sugerido de mascarilla PS o mascarilla EPI, basado en la distancia de una persona con COVID-19 y el uso del control de fuente (según la disponibilidad, pueden optar por utilizar niveles más altos de protección).



Estrategia ante la escasez de Equipos de Protección Individual (EPI)



Priorización de uso ante la escasez de material en COVID-19

Ropa de protección y guantes



CUERPO

No hay ROPA DE PROTECCIÓN
frente a agentes biológicos
EN 14126

MANOS

No hay GUANTES DE PROTECCIÓN
frente a microorganismos
EN 374-5

Considerar viabilidad de alternativas

Usar ropa de protección química
EN 13034 o EN 14605 según caso

Bata PS + Delantal químico EPI (PB 4 o PB 3)
EN 13795 EN 14605
Bata PS (con área resistente a la penetración de líquidos)
EN 13795
Bata PS + delantal plástico
EN 13795

Guante PS
EN 455
 Uso de doble guante según caso