

LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR SARS- COV EN LOS CENTROS DE SALUD

Dra. Ruth Diez Dorado

Pediatra

INTRODUCCION

Como parte de la respuesta integral del sistema de salud a la epidemia por y enmarcado dentro del marco global de respuesta a la epidemia, se propone un proyecto de prevención y control de la infección (IPC) en estructuras de salud que pretende contribuir a frenar la extensión de la epidemia a través de la prevención de la transmisión.

La propuesta consiste en llevar a cabo una asistencia técnica en los centros de salud que facilite la adecuación y refuerzo de las medidas de IPC, así como la facilitación de la formación necesaria del personal que trabaja en los centros de salud.

En lo referente a los recursos humanos y materiales necesarios para la implementación del proyecto, sería cada Gerencia de AP el ente responsable de la provisión de los mismos.

En todo caso son criterios para su aplicación siempre considerando que cada centro de salud o consultorio local deberá adaptar a su propia realidad necesidades y circunstancias

JUSTIFICACION DEL PROYECTO

- 4.500 sanitarios infectados a día de hoy (24 marzo, 500 más que ayer), lo cual supone el 14% de los casos de COVID, una carga que hace peligrar la capacidad de respuesta del sistema de salud ante la epidemia y compromete asimismo al resto de actividades asistenciales.

- La ausencia de equipos de protección individual (EPI) completos en AP

- Falta de conocimientos sobre Prevención y control de la enfermedad (IPC) en general y, específicamente, en lo referente a las peculiaridades del SARS- COV entre el personal que trabaja en los centros de salud

OBJETIVOS

Objetivo general del proyecto: Prevención de la infección del COVID-19 y limitación de la transmisión de la misma dentro de los centros de salud.

1.- Prevenir el contagio del personal sanitario en su puesto de trabajo

2.- Prevenir la infección del resto de pacientes (sin sospecha de COVID) en el centro

ACTIVIDADES

1. Asegurar un correcto triage de pacientes, reconocimiento precoz de los casos sospechosos de COVID y separación de los mismos del resto de pacientes:

Ante falta actual de pruebas de diagnóstico disponibles a nivel de atención primaria y siguiendo los criterios y definición de caso del Ministerio de Salud, cualquier paciente, de cualquier edad con síntomas respiratorios compatibles es un caso sospechoso de COVID y hay que tratarlo como tal. A efectos de IPC es un paciente potencialmente contagioso para el personal del centro de salud y para el resto de pacientes. En este momento no podemos hablar de casos más o menos sospechosos, salvo que haya una confirmación y tampoco existe un criterio epidemiológico conocido, habida cuenta que se da una transmisión comunitaria en el conjunto del país.

Si se dispone de métodos diagnósticos, los casos sospechosos que están a la espera de resultados y que por la gravedad de sus síntomas tienen que esperar en el centro de salud para ser trasladados a un nivel asistencial superior, deberán hacerlo en una sala de aislamiento específica.

El punto de triage inicial debería estar a la entrada del centro, preferiblemente en la calle y respetando la distancia de seguridad entre pacientes y personal sanitario. A todas las personas que acudan al centro de salud sea por el motivo que sea (administrativo, asistencial, acompañantes) se les debe preguntar específicamente por la presencia de síntomas respiratorios compatibles con la definición de caso. En caso de presentar dichos síntomas serán atendidos en los espacios habilitados para pacientes con síntomas respiratorios.

Para evitar que los pacientes acudan al centro se intentara resolver las consultas telefónicamente cuando sea posible. Si el paciente acudiera al centro de salud con sintomatología leve de cualquier motivo, deberá ser informado en el punto de triage sobre la importancia de evitarlo. Se anotarán los datos personales y se contactará con los pacientes por vía telefónica. La recomendación actual del ministerio de salud para pacientes con síntomas respiratorios leves compatibles con infección por COVID-19 es la de permanecer aislados en domicilio. Se informará al paciente vía telefónica sobre las recomendaciones dadas por el ministerio para pacientes en aislamiento y medidas de prevención para personas que conviven en el mismo domicilio. Evitar la entrada de pacientes con síntomas leves o sintomatología respiratoria leve minimiza el tiempo de exposición y reduce el riesgo de transmisión entre pacientes y del personal sanitario que trabaja en el centro.

1.a Adecuar los espacios:

Deben existir dos circuitos separados para la atención presencial de pacientes, uno para pacientes respiratorios (todos son casos sospechosos de COVID en espera de que haya pruebas de confirmación diagnóstica) y otro para pacientes no respiratorios (asistencia normal). Los pacientes pediátricos con síntomas respiratorios también son sospechosos de COVID (cualquier paciente de cualquier edad según la definición del ministerio) y se deberían atender en los mismos espacios habilitados (por pediatría o por

medicina de familia en función de la demanda, de la disponibilidad de personal y de la política de recursos humanos).

La transmisión del SARS-COV entre personas se produce por gotas respiratorias. Si una persona con infección tose, estornuda o habla puede transmitir la infección si estas gotas entran en contacto con mucosas. El virus permanece durante un tiempo viable en superficies (hasta 9- 10 días) por lo que si una persona toca una superficie infectada y después los ojos, nariz o boca, puede contraer la infección. No está clara la transmisión por aire, en condiciones experimentales permanece viable en aerosoles hasta 3 h, motivo por el cual en algunos países también se toman las precauciones para evitar contagio por aire de forma general o específicamente en algunos procedimientos. Se ha aislado también el virus en sangre y heces pero no se ha descrito transmisión fecal oral por el momento. (Uptodate 24 de Marzo).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, todas las zonas que están en contacto con pacientes respiratorios y con sus secreciones respiratorias son zonas de alto riesgo de contagio (zonas con pacientes sospechosos de COVID). Se ha de habilitar una zona específica del centro de salud para la zona de alto riesgo, si es posible con entrada y salida independiente.

Las zonas de bajo riesgo son las zonas que atienden pacientes no respiratorios (no sospechosos de COVID). Es en estas zonas donde deberían habilitarse las consultas para realizar toda la atención telefónica del centro, el área administrativa, despacho para personal y baños para personal y resto de pacientes del centro. Con el fin de evitar al máximo la transmisión de la infección dentro del centro, el triage debería ubicarse en la calle y desde ahí los pacientes se deberían dirigir a una u otra área. En este punto se debería proporcionar a los pacientes que se dirijan al circuito de pacientes respiratorios (zona de alto riesgo) una mascarilla. De ser posible debería haber un punto de agua en el triage donde todos los pacientes puedan lavarse las manos, de no existir se recomienda gel hidroalcohólico.

Si se comparten espacios como pasillos la separación debe ser física y real y para todo el circuito (biombos, sillas, mesas y/o más de 1,5- 2 metros de distancia de seguridad.)

Las salas de espera también deben ser independientes. Si no se puede asegurar la espera en áreas independientes y es posible por las características del paciente, se recomienda esperar en la calle.

Las consultas deberían adecuarse en número y espacio a la demanda, consultas diáfanas, manteniendo solo el material imprescindible que permita el trabajo y la limpieza y desinfección adecuada. Empezar con pocas e ir ampliando espacios en función de la demanda de pacientes respiratorios y no al revés ya que ello obligaría a desinfectar toda la consulta (para convertirla en una de pacientes no respiratorios).

Se debería disponer de baños específicos para pacientes en las zonas de alto riesgo. Para el personal sanitario no se recomienda quitar y poner el EPI y/o reciclarlo una vez puesto para ir al baño dentro de las zonas de alto riesgo.

Habría que habilitar un lugar específico para vestuario del personal para entrar y salir de una zona a otra. Debería estar en un punto entre zona de alto riesgo y zona de bajo riesgo. Es muy importante que haya un punto de agua.

1.b Adecuar el material

En ambas zonas se debería disponer de todo el material necesario para la consulta diaria, así como para curas y procedimientos diagnósticos (glucómetros, tensiómetros) y tratamientos habituales.

Se puede pasar material de la zona de bajo riesgo a la zona de alto riesgo pero no puede hacerse en sentido contrario sin previa desinfección (ver en Handbook COVID 19 prevention el modo de desinfección de materiales).

Los espacios donde se trabaje con pacientes respiratorios deberían estar lo más diáfanos posible. Los equipos de protección son limitados, sin poder asegurar una protección individual, minimizar riesgos en el entorno y la limpieza y desinfección del mismo de forma periódica y adecuada, reduce la probabilidad de contagio del personal. Adecuar el mobiliario tal como mesas (vacías), sillas de plástico, retirar libros, posters, cortinas. Prescindir de los materiales no necesarios en estos contextos: depresores, conos, básculas.

Valorar la necesidad de impresoras, teléfonos, ordenadores en la zona de alto riesgo. Los espacios de oficina y la redacción de historia en el MEAP deberían realizarse al final de turno en las zonas de bajo riesgo.

El material de varios usos (cámaras de inhalación) se debe desinfectar entre paciente y paciente.

El material de limpieza (carro, fregonas, cubos..) también debería ser exclusivo para la zona de alto riesgo.

1.c Adecuar el personal a la demanda asistencial y a los espacios

Adaptar el personal según el volumen de trabajo en cada una de las áreas de trabajo. Recoger cada día estadísticas de pacientes respiratorios atendidos en el centro para poder adaptar la respuesta (los espacios, el personal). No debería haber nadie que no tenga una función establecida dentro de las zonas de alto riesgo y mucho menos sin la protección adecuada, minimizar la exposición minimiza el riesgo de contagio.

Con el volumen actual de pacientes atendidos, tanto adultos como pediátricos se deberían redimensionar plantillas de todos los centros de salud y tener al personal de retén. En esta emergencia el número de infecciones entre sanitarios es muy elevado, por dicho motivo hay que disminuir la exposición en la medida de lo posible, máximo cuando no hay sobrecarga asistencial. Las consultas telefónicas se deberían hacer en zonas de bajo riesgo.

Estratificar riesgo del personal para ubicarlos en una zona u otra en función de su patología de base o edad.

1.d Establecer un correcto flujo de pacientes

Ambos circuitos deberían ser independientes. Idealmente se hace triage en puerta de la calle, siguen dos direcciones diferentes y si hay salida de emergencia a la calle, esa podría ser la salida de pacientes respiratorios (incluso la entrada si se redirigen desde el triage de la entrada principal pero quizá eso obligaría a más personal).

Los pacientes (o acompañantes en el caso de pediatría) que presenten síntomas respiratorios, aún si acuden por otras patologías se deben atender en las zonas de alto riesgo. Hay que tener en cuenta que el miedo y el estigma pueden hacer que los pacientes y sus familiares escondan síntomas hasta el último momento. Si en las zonas de bajo riesgo un paciente tose, o refiere tener síntomas se le debe proporcionar inmediatamente una mascarilla (y gel si posible) y acompañarlo de forma inmediata a la zona de alto riesgo para ser atendido. Cuanto menos tiempo permanezca en zona de bajo riesgo menos riesgo para el personal y para el resto de los pacientes.

Los pacientes con sospecha de COVID (confirmado o no) que van a ser trasladados por la gravedad de sus síntomas, mientras esperan deberían hacerlo en la zona más ventilada y en una sala independiente (sala de aislamiento).

Valorar acompañantes en función de la necesidad.

1.e Establecer un correcto flujo de personal

Todos los trabajadores del centro deberían tener claro los circuitos de entrada y salida: por donde tengo que ir, que tengo que hacer, por donde tengo que entrar y salir. Primero se ha de adecuar los espacios y en segundo lugar informar al personal. No cumplir protocolos, flujos de personal y de pacientes... nos expone a un mayor riesgo a todos. Si un compañero está incumpliendo alguna norma básica se le invita amablemente a respetar las indicaciones. Las normas son para todos los que estén en esa área, sea personal sanitario, de limpieza o de admisión.

Es muy importante que el personal entre y salga al centro por una zona de bajo riesgo y que desde esta entre y salga a la zona de alto riesgo (con protección adecuada que se ha de poner en el punto indicado y que se debe quitar al pasar de la zona de alto riesgo a la zona de bajo riesgo). Bajo ningún concepto se permitirá paso de zona COVID a zona de bajo riesgo con EPI (riesgo para compañeros y para pacientes no COVID). Lo mismo se aplica a material y equipos dentro de esa zona.

Se sale de una zona de bajo riesgo a la calle (personal y pacientes no COVID).

2.- Asegurar que se cumplen las precauciones estándar y la precauciones para evitar contagio por gotas con todos los pacientes.

2.a Uso y buen uso de EPIs adaptados

El único EPI que parece ser seguro para atender a pacientes con COVID es el EPI completo. En el Handbook of COVID 19 se dan recomendaciones claras en cuanto al equipo de protección necesario en función de las zonas de riesgo y de los procedimientos. Hay diferentes niveles de protección individual y diferentes equipos de protección. Habida cuenta de la falta de stock a nivel nacional de EPIs adecuados se han propuesto diferentes combinaciones del material disponible y el uso que se le debe dar en función del riesgo y del tipo de pacientes (información disponible de Ibsalut a fecha 16 de Marzo, basadas en protocolos de actuación del ministerio). Dichas recomendaciones no se corresponden con la realidad del material disponible en los centros de salud. Debería de haber directrices claras y realistas por parte del centro (o del responsable de calidad en el comité general) de qué tipo de EPIs se deben utilizar en cada zona y que nivel de protección en función de los procedimientos para un uso más racional de material.

Asegurarse de que el EPI se quita y se pone de la forma adecuada y en el orden adecuado (Handbook of COVID 19). Se deberían supervisar todos los pasos. Ningún equipo protege por si solo si no se usa de forma adecuada.

Quitarse la mascarilla de forma adecuada (por las tiras), llevarla bien colocada, tapando boca y nariz, minimiza el riesgo.

Información clara sobre cuál es la ropa adecuada (manga larga, evitar zonas expuestas), donde vestirse y desvestirse y con que, accesorios (relojes, pendientes...) y sobre el servicio de lavandería.

2.b Higiene de manos:

Asegurar un correcto lavado de manos y en qué momentos deber realizarse. Supervisión y formación si necesario.

2.c Prevención de pinchazos accidental con aguja:

Se tomarán las mismas medidas de siempre. Limpieza y desinfección de salpicaduras de sangre en función de la cantidad (Handbook of COVID).

2.e Limpieza y desinfección de superficies y de material:

Asegurarse de la correcta limpieza y desinfección de las zonas de trabajo. Refuerzo de personal de limpieza si necesario. Mantener limpios de forma periódica los espacios minimizan el riesgo de contagio. El protocolo de limpieza debería ser el mismo para todos los centros (superficies, paredes, sanitarios).

El personal de limpieza debería llevar el mismo nivel de protección que el resto de personal que este en la zona de alto riesgo.

Los materiales como monitores y demás material no desechable se deben desinfectar. Algunos como fonendos, termómetros entre paciente y paciente. Deberían existir fonendos específicos para la zona de alto riesgo. Desinfección con derivados cloro o con alcohol. Desinfectar todos los equipos que pasen de zona de alto riesgo a zona de bajo riesgo.

Protocolo de limpieza de salpicaduras específico (Handbook of COVID)

Se sugiere la compra del material adecuado, reforzar plantillas de limpieza y formación del personal de limpieza.

2.f Gestión apropiada de residuos generados en las zonas con pacientes respiratorios

2.g Protección y medidas adicionales para evitar transmisión por gotas: ventilación adecuada, pantallas o gafas de protección (si se usan para otros días se deberían desinfectar). Limpiar y desinfectar todo aquello que haya podido estar en contacto con gotas.

Evitar también aerosoles, estratificar riesgo, utilizar EPIS para procedimientos de mayor riesgo

3. Cambiar/ adecuar los procedimientos habituales

3.a Evitar procedimientos innecesarios que ponen en riesgo al personal. Dada la falta de equipos de protección individual mantener la distancia, la limpieza del entorno y evitar procedimientos no tan necesarios es nuestra única protección.

3.b Evitar exploraciones en las que no se pueda mantener la distancia de seguridad: exploración faríngea, otoscopia, frotis faríngeos o todo aquello que pueda producir tos

3.c **Sobre el uso de aerosoles:** o se deberían poner aerosoles sin el equipo de protección adecuada (EPI completo con mascarilla FP2/FP3).

4. Valoración periódica de las acciones tomadas

Dentro del comité de crisis operativo debería haber alguien encargado de IPC. Se debería tener información periódica sobre datos epidemiológicos (datos de la clínica, de urgencias, respiratorios/ no respiratorio, personal infectado o en seguimiento por contacto), sobre Q&S (Calidad y seguridad: protocolos de triage, actualización de los mismos, stocks de material, EPIs, quien lo usa, uso racional,

procedimientos operativos en general) y recursos humanos (turnos, comunicación, información, formación de todo el personal).

La transparencia e información al personal disminuye el estrés y la ansiedad. En las actuales circunstancias (sin equipos de protección adecuados), la información y las acciones para mejorar la protección con respecto al entorno pueden ser beneficiosas para disminuir el contagio entre profesionales y reducir el estrés, la ansiedad y el miedo entre el personal sanitario.

Se debe valorar periódicamente:

- a. La adecuación de estructuras y espacios.
- b. Actividad de los centros.
- c. Reposición de todo el material necesario.
- d. Reajustar personal y organización en función de la demanda.
- e. Flujo de pacientes, personal y visitantes
- f. Training y refresh training continuo del personal

BIBLIOGRAFIA

1. Handbook of COVID 19- prevention- and- treatment: <https://www.alnap.org/help-library/handbook-of-covid-19-prevention-and-treatment>
2. WHO: Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Infection prevention and control / WASH:<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/infection-prevention-and-control>
3. Ministerio de Sanidad, documentos técnicos para profesionales, enfermedad por SARS- COV: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos.htm>
4. Uptodate 24 Marzo: https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19?search=coronavirus%202019&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
5. Nota interna. Asunto: Medidas para la adecuación del uso de los equipos de protección individual de la Dirección General a todas las Gerencias del servicio de salud de las Islas Baleares. Palma, 16 de Marzo de 2020.