

Reflexiones y recomendaciones para planificar actuaciones para la prevención y abordaje de Reacciones de Estrés Agudo en trabajadores sanitarios y otro personal de apoyo a la labor sanitaria con motivo de la crisis ocasionada por COVID-19

Equipo de Trabajo¹

La presión asistencial y la exigencia de toma de decisiones críticas que genera la actual pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19), unida a la situación de alarma social extrema y a las condiciones adversas en las que debe promoverse la labor asistencial en estos momentos, **dibujan un escenario extremo en el que urge actuar para paliar la sobrecarga emocional, las reacciones de estrés agudo y otras patologías afectivas o reacciones psicósomáticas** que pueden, finalmente, conducir a situaciones de estrés postraumático. Esta eventualidad se está observando de forma masiva entre profesionales de diferentes colectivos y niveles de responsabilidad².

En el caso del personal sanitario, se suma que la atención a los pacientes no COVID19 (de todas las patologías y condiciones), en estos momentos, está claramente comprometida y recae en el conjunto de profesionales la toma de decisiones críticas y el ejercicio de una práctica profesional radicalmente diferente a la que habitualmente se ha venido realizando, que puede llegar a requerir aplicar criterios de triaje no deseados y difíciles de asumir por todos.

Los profesionales sanitarios, y el resto de personal imprescindible para la labor sanitaria y sociosanitaria (incluido el personal de las empresas externas), están siendo sometidos a tensiones emocionales y demandas laborales extraordinarias y de elevada intensidad. Sin profesionales que se sientan respaldados y con fuerza moral la asistencia estará todavía más comprometida.

El actual escenario nos hace pensar en muchas **situaciones críticas como las siguientes**, que se van produciendo en función de la sobrecarga experimentada, siendo **distinta la situación de aquellos hospitales que están atendiendo a un número asumible hasta ahora de casos de aquellos otros totalmente desbordados por casos confirmados y probables**. Tanto en unos como en otros centros, es imprescindible actuar para contrarrestar el devastador efecto entre los profesionales sanitarios y los de apoyo a las labores asistenciales de esta crisis sanitaria, aunque en estos últimos se tenga la impresión (sensata) de que no puede “pararse este tsunami con cubos y palanganas”.

¹ José Joaquín Mira, Departamento de Salud Alicante-Sant Joan, Universidad Miguel Hernández, Alicante. Ángel Cobos Vargas, Olga Beatriz Martínez García, Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada. M^a José Bueno Domínguez, Grup SAGESSA, Reus. M^a Pilar Astier Peña, Centro de Salud “La Jota”, Zaragoza. Pastora Pérez Pérez, Sociedad Española de Calidad Asistencial. Irene Carrillo Murcia, Mercedes Guilabert, Virtudes Pérez-Jover, César Fernández Peris, M. Asunción Vicente Ripoll. Universidad Miguel Hernández, Elche. Julián Vitaller Burillo, Juan Francisco Herrera Cuenca, Inspección Médica, Alicante. Antonio Guilabert Giménez, Hospital de Yecla, Servicio Murciano de Salud, Yecla. Matilde Lahera Martín, Carmen Silvestre Bustos, Osasunbidea, Pamplona. Susana Lorenzo Martínez, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid. Carmen Muñoz Ruiperez, Hospital Universitario 12 de Octubre. Ascensión Sánchez Martínez, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. María Luisa Torrijano Casalengua, Servicio de Salud Castilla-La Mancha, Toledo. Jimmy Martín-Delgado, FISABIO, Alicante. Bárbara Marco, Cristina Abad, Zona de salud de Calatayud, Zaragoza. Carlos Aibar Remón, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. Jesús M. Aranaz Andrés, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

² En aplicación de la Ley 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, toda referencia a personas, colectivos o cargos, cuyo género sea masculino, estará haciendo referencia al género gramatical neutro; incluyendo, por tanto, la posibilidad de referirse tanto a mujeres como hombres.

Mediante el **intercambio de experiencias y de resultados de intervenciones ideadas y puestas en marcha**, hemos identificado, primero, las situaciones problema más acuciantes para, segundo, proponer intervenciones con la intención de ofrecer orientaciones sobre posibles acciones, toda vez que la premura y la demanda de la situación hace que este listado pueda variar rápidamente.

Situaciones problema más acuciantes

ORGANIZACIÓN, RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES:

- Estar trabajando temporalmente en ámbitos asistenciales para las que **no se ha recibido el entrenamiento adecuado** o tras una formación exprés, bien por nuevas incorporaciones de personal o bien por traslado hacia ámbitos asistenciales de mayor complejidad.
- Recibir **instrucciones contradictorias** que cambian rápidamente sobre procedimientos (sin clara asignación de tareas), sumadas a inconsistencias en la cadena de mando.
- **Escasez de material**, según centros y servicios, para prestar una atención adecuada y contar con protección ante el riesgo biológico (sobre todo mascarillas, tests y equipos de protección individual -EPI).
- **Reducción del recurso humano**, por las bajas de profesionales con exposiciones de riesgo, lo que obliga a prolongar jornadas, aumentar frecuencia de turnos y reducir los tiempos de descanso físico y mental.
- **Disolución de equipos de trabajo consolidados** debido a la incorporación de nuevos profesionales que ha obligado a crear equipos mixtos con la pérdida de dinámicas de trabajo y sobrecargando, aún más, a los profesionales de mayor experiencia.
- **Ver que pacientes de otras patologías no pueden recibir la atención que hasta ahora recibían** por la nueva prioridad asistencial. Esto supone un mayor riesgo de eventos adversos, muchos de ellos por omisión de acciones y con escasa probabilidad de detección.
- La **perspectiva de los residentes** también ha cambiado, de sentirse protegidos por sus adjuntos, pasan a una situación bien distinta y, cada día, se enfrentan a situaciones que favorecen la inseguridad y el estrés agudo.
- Afloran más fácilmente **conflictos anteriores a la crisis** como consecuencia del reparto de tareas en situaciones extremas.

FACTOR HUMANO:

- **Impotencia e irritabilidad al observar comportamientos imprudentes** en pacientes y acompañantes (normalmente por desconocimiento) y fallos (por cansancio, sobrecarga emocional, falta de concentración, etc.). En estos momentos, no es raro observar que se cometen fallos involuntarios (que pueden dar lugar a eventos adversos) y sentir impotencia, irritabilidad y dudas de la propia capacidad, todo lo cual genera nuevas situaciones de riesgo para los pacientes.
- **Impotencia y desafección** al ver cómo pacientes con miedo al saberse enfermos por COVID19 han de estar solos, sin acompañantes y, en algunos casos, mueren en soledad. Entre los profesionales esta situación está causando un profundo impacto.

ESTRESORES AMBIENTALES Y OTROS PROPIOS DE LA SITUACIÓN DE CRISIS:

- Estar trabajando en una **situación de especial riesgo biológico**, que se traduce en miedo a contagiar a pacientes, colegas y a los familiares con quienes se convive en el hogar.
- **Sustituciones exprés por bajas de compañeros** en aislamiento en el hogar o resultar casos con COVID-19.
- **Verse desbordados** por momentos, de cada vez mayor duración, sin saber cómo compartirlo con los demás, para no **parecer débiles o sin capacidad para dar respuesta** a todos en todo momento.
- **No tener un horizonte claro de hasta cuando “durará esto”**.

REACCIONES DE MIEDO O PÁNICO:

- Preocupación y, en ocasiones, **miedo**, al conocer que algún compañero pasa a situación de vigilancia pasiva o aislamiento domiciliario.
- **Miedo a contagiar a la familia y/o entorno cercano**.
- **Minimizar los síntomas** que pueden indicar contagio por presión a no dejar los servicios descubiertos.

TOMA DE DECISIONES CRÍTICAS RELATIVAS A CUESTIONES ASISTENCIALES:

- Verse en la obligación de aplicar **sistemas de Triage y tomar decisiones rápidas reservadas a situaciones de grandes catástrofes** con alto componente de conflicto moral.
- **Afrontar la decisión de jerarquizar niveles de atención**, generando una nueva situación organizacional desconocida hasta ahora.

Estas situaciones **no son diferentes a las recogidas en la reciente literatura** difundida en diferentes revistas científicas a partir de estudios sobre la experiencia de los profesionales de los hospitales en China, con motivo de la atención a pacientes con COVID-19 (ver referencias en este documento). En esencia, provocan un escenario con multitud de profesionales (sanitarios y no sanitarios) que están **manifestando síntomas de estrés agudo y otras patologías afectivas** por la sobrecarga que padecen y la preocupación/miedo que la acompaña, limitando notablemente su capacidad de responder a la actual demanda.

La problemática de esta crisis para mandos intermedios (jefaturas servicios, supervisiones de enfermería, coordinadores de atención primaria), y resto de directivos de los centros, requiere también de atención y de un abordaje diferenciado, **ya que su liderazgo organizativo y clínico es indispensable** para afrontar, con el éxito que seguro tendremos, las demandas actuales que el SARS-CoV-2 ha puesto sobre la mesa de forma abrupta.

El conjunto de colectivos profesionales de la institución sanitaria (y en sus diferentes niveles asistenciales) **requieren respuestas claras, directas y ajustadas a una realidad cambiante día a día**, para aliviar esta sobrecarga emocional y afrontar la mayor exigencia a su ejercicio profesional que nunca hayan tenido.

Es prioritario, por tanto, abordar esta problemática con todos los recursos a nuestro alcance y plantear actuaciones dirigidas (según la situación del centro sanitario) a la prevención primaria, secundaria y terciaria de estrés agudo u otras condiciones como la fatiga por compasión o el

burnout y, en el medio plazo, trastornos adaptativos, efectivos o estrés postraumático. Es indispensable, en este escenario, normalizar la toma de decisiones y las actuaciones, dando una **respuesta ordenada a la situación adversa en la que nos encontramos**.

La prevención primaria pasa, fundamentalmente, por **sensibilizar** (toma de conciencia) al conjunto de profesionales de las consecuencias afectivas, comportamentales, relacionales por las condiciones actuales de trabajo y por adoptar decisiones en condiciones extremas que están de afrontar, como parte inherente de su responsabilidad profesional en estos momentos. La prevención secundaria y terciaria requiere **mensajes positivos** sobre los logros que, entre todos los colectivos, se están alcanzando en el día a día (pacientes con ictus que salen adelante, altas por coronavirus, pacientes atendidos en UCI con evolución positiva, etc.) **para visualizar el horizonte del final de esta crisis** y, también, por contar con **herramientas de ayuda** para afrontar este sobreesfuerzo.

La sobrecarga emocional actual cabe esperar produzca un elevado volumen de reacciones y síntomas afectivos y de ansiedad, incluido estrés postraumático, en los 3 meses posteriores a la superación de la actual crisis sanitaria entre los profesionales sanitarios (segundas víctimas) y que se cifra, según los estudios realizados en Hunan y Wuhan (China), entre el 10 y 15% de las plantillas de los servicios críticos (Cuidados Críticos y Reanimación, Medicina Interna, Neumología y Enfermedades Infecciosas), con mayor prevalencia en enfermería. **Planificar las actuaciones en la postcrisis para limitar el impacto en los profesionales de este sobreesfuerzo** es una responsabilidad de las autoridades sanitarias y del conjunto del sistema de salud que no puede eludirse.

En este documento abordamos ambas situaciones: crisis y postcrisis por pandemia SARS-CoV-2 (COVID-19).

Crisis

Los profesionales **están experimentando** desconcierto, frustración, miedo, irritabilidad, desapego, abatimiento afectivo, dudas sobre la propia capacidad laboral y personal y del sistema de salud, anestesia afectiva, cambios de comportamiento en el trabajo y en el hogar y síntomas psicósomáticos.

Las reacciones de estrés agudo que se visualizan a diario progresan, en muchos casos, hacia **síndromes ansioso-depresivos y psicopatizaciones** que, en fase posterior, progresarán hacia el estrés postraumático u otras patologías. El número de profesionales que no pueden afrontar esta vivencia es preocupante.

Identificar estos signos de forma temprana y promover recursos para afrontarlos contribuye a la capacidad personal para sobreponerse a esta crisis, a apoyar a los compañeros y a transmitir que se cuenta con la capacidad de hacer las cosas correctas atendiendo necesidades de pacientes y sus familias y, por extensión, a la población general.

Es importante recordar que la **actitud y el comportamiento también se “contagian”** y que el papel de los líderes de servicios y unidades asistenciales (también en los centros sociosanitarios para personas mayores) es clave en estos momentos.

No obstante, la **experiencia China reciente pone de manifiesto** algunas cuestiones que deben considerarse para que el diseño de las intervenciones se adelante a los problemas por ellos identificados.

Aunque se considera conveniente, como ha pasado en Wuhan y Hunan, prestar apoyo psicológico a los profesionales de primera línea en la atención a pacientes con COVID-19 y se estén movilizando recursos en esa dirección, la puesta en práctica de estas intervenciones **no fue vista como una prioridad por el personal sanitario** que se mostró inicialmente reacio a

participar en las intervenciones psicológicas grupales o individuales que se le proporcionaron. La mayoría, pese a manifestar claros signos de Estrés Agudo o reacciones de pánico, rechazaron toda ayuda y declararon que no tenían ningún problema. Las preocupaciones del personal que requirieron respuesta fueron: no contagiar a sus familiares; no sabían cómo tratar a los pacientes cuando ellos o sus familias no aceptaban el aislamiento en el hospital o no cooperaban con las medidas médicas debido al pánico o a la falta de conocimiento sobre la enfermedad; y la escasez de equipos de protección.

Los profesionales de esos hospitales **reclamaban**: descansos más frecuentes, indicaciones sobre cómo afrontar los problemas emocionales de los pacientes con COVID-19 y sus familiares o poder derivar los casos más complejos a los recursos de salud mental.

La literatura recoge **algunas intervenciones que funcionaron**: proporcionar un lugar de descanso en el que el personal se pudo aislar temporalmente de su familia, facilitar alimentos y otros productos para facilitar la vida diaria, promovieron que hablaran con sus familias durante la jornada laboral, aliviando las preocupaciones de ellos hacia sus familias y su propia tensión. Se dieron instrucciones al personal de seguridad para que pudiera colaborar en casos extremos con familiares de pacientes con COVID-19. Se organizó formación exprés para identificar situaciones problema con los familiares o acompañantes respondiendo a su petición.

A. Colectivos sanitarios más vulnerables por sobrecarga profesional

Personal sanitario en primera línea de exposición a casos posibles y personal de apoyo a la asistencia sanitaria de estos servicios y unidades, como es el caso de:

- Servicios de Urgencias y de Emergencias
- Atención Primaria de Salud
- Hospitalización a Domicilio

Personal sanitario en primera línea de exposición a casos probables y confirmados y personal de apoyo a la asistencia sanitaria de servicios diana en esta crisis, como es el caso de:

- Cuidados Críticos y Reanimación
- Medicina Interna
- Neumología
- Enfermedades Infecciosas

B. Situaciones particularmente de mayor impacto en profesionales

- Personal con sobrecarga por carencias de recursos humanos, equipamientos o por trabajar en servicios con elevada mortalidad.
- Responsables de Triage en cualquiera de los servicios y unidades.
- Profesionales con factores de riesgo y/o signos/síntomas ansioso-afectivos por contacto con casos probables o confirmados.
- Profesionales que han tenido contacto con casos posibles sin adecuada protección o con protección pero que experimentan dudas persistentes y miedo hasta limitar su capacidad profesional (centros asistenciales y sociosanitarios).

Las intervenciones que se proponen a continuación, son fruto de consenso del grupo de trabajo que suscriben este documento. Se han puesto en práctica en alguno de los centros y, con esta experiencia, hemos revisado su enfoque y aprovechado el aprendizaje de los propios centros (método acción-reacción). La urgencia de la situación no ha permitido establecer un análisis empírico de su eficacia, ni identificar con claridad qué elemento de la intervención es más determinante del resultado. Por otro lado, la presión de la demanda atendida en cada centro, y su trayectoria hasta ahora, determinará en qué medida se está todavía en condiciones de planificar estas intervenciones o si algunas de ellas ya han sido implementadas.

Post-crisis

Una vez concluida la crisis sanitaria actual, el conjunto de profesionales no podrán retirarse a retaguardia a recuperarse ni física ni anímicamente, **salvo que esto esté previsto de antemano**. La idea de que al finalizar la crisis se deberán reanudar las actividades “como venían haciendo” está extendida y limita una de las líneas de actuación que, ahora, permiten afrontar en alguna medida esta crisis. Es evidente que será necesario dar respuesta a la ingente cantidad de actuaciones sanitarias post-puestas. El impacto y la capacidad de afrontamiento será mayor en virtud de la esperanza de que al final de la crisis se podrán “curar las heridas” de forma razonable y proporcionada.

Los **equipos de apoyo para aliviar la carga emocional** que soportan los profesionales de estas unidades que están asumiendo un mayor riesgo biológico y una mayor responsabilidad asistenciales, en todos los niveles asistenciales, **no debieran desactivarse con la superación del efecto de la pandemia**. Al contrario, cabe esperar que deban asumir una importante demanda consecuencia del efecto demorado de la sobrecarga emocional y estrés agudo experimentado en estos días, lo que supondrá un incremento de casos de estrés postraumático.

Los centros deben contar, como está previsto en el caso de los profesionales que se sienten implicados en incidentes de seguridad graves, con un **procedimiento específico**, y distinto al tradicional, para que los profesionales sanitarios y de apoyo a la labor asistencial, soliciten y reciban asistencia individualizada, por personal especializado, para superar trastornos adaptativos, afectivos, cuadros de ansiedad, etc. que, conforme a los estudios realizados hasta ahora, afectará a una parte importante de las plantillas de los centros, con mayor prevalencia entre el personal de enfermería.

Es evidente que hay ahora prioridades que atender por parte de los responsables de los servicios de salud. Por ello, la creación de una comisión de estudios para preparar el terreno para ese futuro es también una forma de respaldar el trabajo que se está haciendo. **Ese momento va a llegar y no debería, entonces, dejarse para otra ocasión.**

Demandas y necesidades actuales más severas y posibles actuaciones

Necesidades de información, normalización, superación del miedo y resolución de conflictos afectivos	Propuestas e intervenciones recomendadas
Información actualizada y comprensible sobre el estado de la situación del centro (no solo COVID-19, funcionamiento de los nuevos recursos que se habilitan (hospitales de campaña, hoteles medicalizados, asistencia en residencias sociosanitarias, toma de pruebas, etc., también del esfuerzo de todos los colectivos) de forma periódica.	Comunicado diario para cada estamento sobre novedades, recuerdos de consejos, pautas (incluir pautas claras de actuación antes situaciones acaecidas) y necesidades lo que contribuye a motivar respuestas positivas y solidarias entre profesionales. Se debe buscar mantener la iniciativa comunicativa para reforzar la moral laboral. Incluir información de logros y actuaciones realizadas (puede incluir mensajes de agradecimiento de pacientes y familiares) por cada servicio o unidad. Ver recurso 1. Involucrar a los profesionales en los mensajes en web, vídeo YouTube, etc. para explicar con sus palabras informaciones clave (profesionales como modelo con conductas seguras (p.ej. quitar EPI) (mensajes personales, no impersonales). Ver recurso 2.
Información sobre recursos humanos y disponibilidad de equipos de protección y de equipamientos sanitarios.	Comunicado diario de la situación del centro (transparencia). Ver recurso 3.
Visualizar coordinación, unidad de criterio, normalización.	Homogeneidad de la estructura de los mensajes con instrucciones, evitando descoordinación. Ver recurso 4. Establecer enlace para coordinación con las contratas. Ver recurso 5. Combatir noticias falsas o inadecuadas internas o externas al centro para atajarlas en los comunicados diarios y asegurar la calidad de la información, para reforzar la moral laboral entre los profesionales. Ver recurso 6.
Ofrecer seguridad a los profesionales recién incorporados y a profesionales movilizados a otros servicios tras una formación exprés.	“Briefings” al iniciarse el turno, con orientaciones específicas a los nuevos profesionales. Ver recurso 7. Profesionales en aislamiento en el hogar pueden, voluntariamente, mediante sistemas online, formar a los profesionales nuevos que se incorporan. También pueden actuar como “tutores” de estos profesionales noveles. Ver recurso 8.

Alivio y apoyo emocional a personal desbordado emocionalmente. Personal de servicios críticos y a cargo de Triage tras situaciones extremas.	Identificación de situaciones de Estrés Agudo mediante autoaplicación escala diseñada ad hoc. Ver Recurso 9 Sensibilización (toma de conciencia) de la necesidad de afrontar la respuesta afectiva frecuente ante crisis extremas y aceptar ofrecimiento de apoyo. Ver Recurso 10 Teléfono directo de apoyo psicológico a profesionales atendido por personal especializado (premisa 24-7). En este teléfono debe proporcionar información sobre cómo afrontar situaciones conflictivas con pacientes y sus familiares o acompañantes, incluidas las derivadas del aislamiento y de la imposibilidad de despedirse dignamente de los suyos. También el ofrecimiento de esta ayuda a los familiares de pacientes COVID-19 fallecidos. Ver Recurso 11. Tiempo recuperación reglado durante la jornada (por ejemplo, técnica de atención plena durante 1 minutos y aplicar descansos de 5 minutos cada 2 horas) en lugares específicos donde refugiarse un momento y recuperarse. Ver recurso 12.
Alivio y apoyo emocional a servicios y unidades sometidos a estrés extremo.	Defusing (basado en voluntariedad durante cambio de turno), técnica aplicada tanto presencialmente como asistida en <i>streaming</i>. Técnicas lideradas por responsables de seguridad o por profesionales expertos de fuera del propio centro si fuera necesario. Ver recurso 13.
Recuperar a profesionales con dudas y miedos que les superan a raíz de una posible exposición o desbordados afectivamente con incapacidad para desempeñar tareas asignadas.	Aplicar protocolo para derivación puntual de profesionales al circuito especial de consejo individualizado para superar reacción de estrés agudo. Ver recurso 14. Posibilidad de concertar espacios en descanso en el centro o cercanos a los centros para que puedan recuperarse estos profesionales al finalizar su turno. Ver recurso 15.
Profesionales en aislamiento en el hogar que pueden sentir impotencia por la situación que viven sus compañeros.	Mantener contacto e informar de la situación del centro. Este personal precisa también sentir el respaldo de su institución en esta situación. Finalizado su aislamiento en casa se reincorporarán a una realidad bien distinta a la que dejaron atrás y precisan información. Ver recurso 16.
Reforzar capacidad de liderazgo mandos intermedios (jefaturas de servicios, unidades, supervisores, etc.).	Sensibilizar (tomar conciencia) de acciones que se espera realicen los mandos intermedios para ejercer liderazgo responsable. Ver recurso 17. Fomentar liderazgo informativo, transparencia, realismo y mensajes positivos. Ver recurso 18.

Gestionar la Post-crisis tomando, ahora sí, la iniciativa para no seguir detrás del SARS-CoV-2.	Planificar el volumen de actividad asistencial demorada, Paliar el previsible impacto en profesionales sanitarios y de apoyo a la labor asistencial de esta sobrecarga física y mental. Ver recurso 19.
---	---

LISTADO DE RECURSOS recomendaciones y propuestas

Esta lista de posibles intervenciones se ha basado en los resultados de estudios previos del grupo de trabajo de Segundas Víctimas (referencias FIS PI13/0473 y PI13/01220), en la revisión exprés de la literatura y en el intercambio de experiencias en el seno de este equipo multidisciplinar y multicéntrico creado ante el incremento de reacciones de Estrés Agudo entre profesionales de hospitales, emergencias, atención primaria y centros sociosanitarios.

En el Anexo I puede consultarse una tabla resumen de los problemas identificados, las necesidades que originan y los recursos que nuestro grupo ha ideado para afrontar esta situación.

Recurso 1. Comunicado diario con información de actuaciones realizadas.

Los profesionales de los centros sanitarios, como la población, están recibiendo demasiada información con contenido desalentador y contradictoria con instrucciones previas. Es natural en estas circunstancias pero puede ocultar que, también, el esfuerzo que se realiza en los centros sanitarios, pese a la adversidad y que se produzcan, lamentablemente, muchos más resultados adversos de los que somos capaces de admitir.

Necesitamos reforzar la moral laboral para afrontar la adversidad que representa esta pandemia, pasa por ser conscientes de logros y capacidades del sistema y de los propios profesionales. Mensajes sencillos, realistas y positivos contribuyen a este objetivo y puede ser un método eficaz para reconocer la labor de los profesional en estos momentos. En nuestra web <https://segundasvictimascovid19.umh.es/p/inicio.html> pueden consultar noticias de este tipo, noticias que compartimos con el máximo respeto hacia los pacientes que han fallecido por el SARS-CoV-2 y sus familiares.

Aunque no cabe duda que la atención está puesta en los profesionales sanitarios, y su concurso es imprescindible, su labor es posible gracias a un amplio conjunto de colectivos profesionales que también deben estar incluidos en el radar de las actuaciones que se lleven a cabo. Informática, suministros, personal, etc. están jugando en esta crisis un papel relevante.

Ejemplos en las redes sociales de mensajes positivos:



aecirujanos @aecirujanos · 32min
Que suerte tienen en Almería, gente solidaria que les está fabricando viseras con impresoras 3D #CirujanosCovid19 #luchandoganamos



joan carles march indicó que le gusta
Pablo Sánchez @PauMatalap · 7h
Otro paciente de alta en la UCI de nuestros vecinos, el Hospital General de Castellón 🙏🙏🙏🙏🙏🙏
Esto lo ganamos compañeros!!!
AL LLOOOOOOOOOOOOOOOO



Hay hospitales, normalmente centros de mayor tamaño en capitales de provincia, que disponen de gabinete de comunicación. En estos casos, esta unidad sería la encargada de proporcionar esta información de forma organizada y podrá aprovechar los canales estables de comunicación interna. En este caso, no debe olvidarse al personal de apoyo de las contratas como limpieza y seguridad. Tampoco a los servicios de informática que en estos días han visto desbordada su capacidad de respuesta.

En otros hospitales y en atención primaria, que no se dispone de estos recursos, el centro tiene que identificar a la persona o personas que podrían asumir esta tarea. En este caso, se podrían elaborar mensajes sencillos e incluir:

- Un dato positivo del propio centro
- Una buena noticia científica
- Ejemplos de la solidaridad de empresas, comercios, gremios, particulares, hacia los pacientes, los profesionales o los centros y sistema de salud.

Recurso 2. Profesionales como protagonistas.

Es el tiempo y el momento de los profesionales. Son los protagonistas junto a los pacientes de esta dramática historia.

Los mensajes que logran mayor impacto son los vídeos informativos que realizan los propios profesionales. Confeccionar estos vídeos descarga la tensión y refuerza la capacidad de trabajar en equipo.

No es momento de realizar videos de calidad profesional, pero con estas recomendaciones buscamos ayudar a que estas iniciativas tengan mejor calidad y logren, así, una mayor difusión en la Red.

La plataforma YouTube ha puesto restricciones para evitar noticias falsas, otras plataformas, como WhatsApp, Twitter, Telegram, Facebook o Instagram, no lo han hecho. Para la creación de un mensaje en vídeo se debe asegurar una correcta iluminación de la estancia donde se vaya a proceder a la filmación. Si se va a utilizar un dispositivo móvil como cámara, es preferible que la grabación sea en vertical, ya que se adaptará mejor al interfaz del usuario (exceptuando YouTube, en donde sí debería filmarse de forma horizontal).

Los mensajes de audio es preferible evitarlos ya que es más fácil que se cataloguen como noticias falsas.

Este ejemplo, “Juntos Podemos”, realizado en el Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario de Alicante recoge este enfoque: <https://youtu.be/7EhPD-CcqvI>

Recurso 3. Comunicado diario de la situación del centro.

La transparencia en esta situación es el camino para reforzar la moral laboral. La sensación de progresión del estado actual debiera ser patente y constante. El centro sanitario podría emitir un comunicado diario con información realista y positiva, junto a otra información respecto de la situación del centro. Hay que considerar otros canales de comunicación además de la página web del centro (banner informativo e intranet), como por ejemplo:

- Se han habilitado 15 nuevas habitaciones en la novena planta, ala derecha, lo que incrementa nuestra capacidad en 32 camas.
- Tres profesionales han podido reintegrarse a su unidad tras finalizar su período de aislamiento en casa.
- Se ha producido un alta en la UCI de un paciente con COVID-19.

Esta información debe ser comunicada, también, por los mandos intermedios en sus reuniones periódicas con sus equipos.

Igual que sucede en el caso anterior, aquellos centros que no cuenten con gabinete de comunicación pueden recurrir a mensajes sencillos para hacer llegar esta información, incluso por los grupos de WhatsApp que espontáneamente se han creado.

Recurso 4. Claridad en los mensajes con instrucciones al personal.

La proliferación de actualizaciones de protocolos y la disparidad de las instrucciones, unida a la escasez de material, es causa de desconfianza y mina la moral laboral. En determinados casos, como embarazo o condiciones crónicas, los profesionales requieren de instrucciones específicas.

Para evitar la descoordinación natural de las situaciones de crisis es importante unificar (homogeneizar) la estructura de los mensajes que se van a enviar por distintos canales. De este

modo, se evitan duplicados, informaciones inconexas y malentendidos. Los mensajes deben ser claros, las ideas concisas y no redundantes. En este momento, particularmente, debemos tener presente que Más es Menos.

Un ejemplo de un vídeo formativo, en este caso del Hospital Marqués de Valdecillas (Santander), puede consultarse en esta web <https://youtu.be/zh-0br7NrDY>

Particularmente, ante la excepcionalidad que puede suponer un Triage en situaciones extremas, es imprescindible protocolizar el proceso de toma de decisiones en este contexto para que no recaiga exclusivamente en los profesionales. Este protocolo debe implicar a la comisión de bioética y estar sujeto a las premisas éticas de: excepcionalidad, responsabilidad, transparencia, inclusividad, sensibilidad, confianza, equidad y mayor beneficio para el mayor número de personas.

En el Anexo II se puede consultar un ejemplo del protocolo diseñado para estas circunstancias en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, de Madrid.

Recurso 5. Asegurar la coordinación con las empresas externas contratadas que prestan servicios en el centro.

La labor del personal de limpieza o de seguridad es clave en estos momentos para el funcionamiento de los centros. Los procedimientos habituales de trabajo de estos profesionales se han visto superados por la realidad actual.

La incertidumbre, el temor al contagio, las instrucciones que cambian de un día para otro, están también presentes con el agravante que la toma de decisiones de este personal no está en el propio centro. Además, no siempre los criterios de las empresas contratadas son homogéneos a las directrices de los centros o, incluso, pueden llegar a entrar en colisión. Esto representa una tensión mayor para este conjunto de profesionales. Esta tensión se mantendrá en el tiempo sin un plazo temporal fijado que ofrezca la expectativa de recuperación.

Las actuaciones que se contemplan en este documento deben valorarse en los centros en qué medida pueden extenderse a este colectivo de profesionales, cuyo concurso es necesario para la dinámica de los centros asistenciales.

Recurso 6. Combatir noticias falsas o inadecuadas.

El hecho de encontrarnos en la era de la información y las noticias falsas junto con el riesgo de infodemia asociado a la pandemia del SARS-Cov-2, crean un escenario ideal para la elaboración y difusión, por parte de bots y humanos, de mensajes cuyo contenido es falso, impreciso o dudoso. Según datos del COVID19 Infodemics Observatory, la fiabilidad de alrededor del 30% de las noticias que se publican acerca de la COVID-19 es cuestionable.

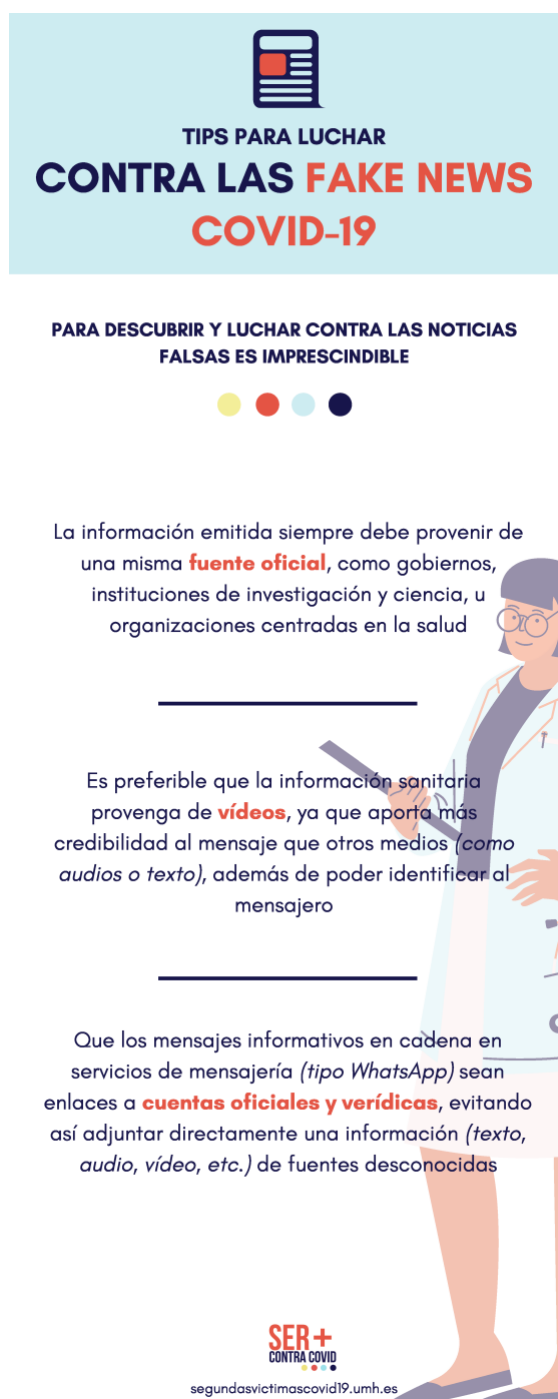
Por ello, resulta recomendable tomar una serie de precauciones como las que se exponen a continuación, para evitar dar credibilidad y compartir información falsa sobre el virus y la pandemia que contribuyan a una alarma social innecesaria y no fundamentada.

Para descubrir y luchar contra las noticias falsas es imprescindible:

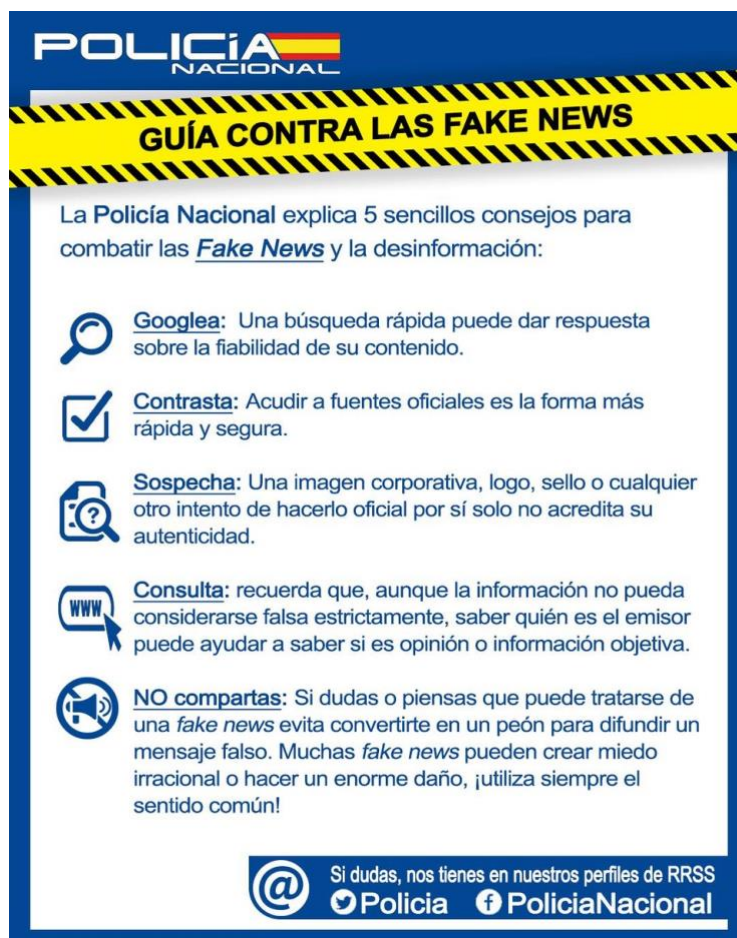
- Que la información emitida siempre provenga de una misma fuente oficial, como gobiernos, instituciones de investigación y ciencia, u organizaciones centradas en la salud.

- Que preferiblemente la información sanitaria provenga de vídeos, ya que aporta más credibilidad al mensaje que otros medios (como audios o texto), además de poder identificar a la fuente de origen.
- Que los mensajes informativos en cadena en servicios de mensajería instantánea (tipo WhatsApp) o redes sociales sean enlaces a cuentas oficiales y verídicas, evitando así adjuntar directamente una información (texto, audio, vídeo, etc.) de fuentes desconocidas.
- Identificar información sospechosa y contrastarla consultando fuentes de información alternativas, oficiales y fiables (Ministerio de Sanidad, Organización Mundial de la Salud, Policía Nacional y Guardia Civil).

La siguiente infografía recoge alguna de estas recomendaciones:



La Policía Nacional, desde su cuenta oficial de Twitter, ha difundido un conjunto de recomendaciones para combatir la proliferación y difusión de noticias falsas sobre la pandemia.



No obstante, varios medios apuntan que, a medida que aumenta el número de contagios en el país de residencia, el comportamiento de las personas en cuanto a la búsqueda de información y la difusión de mensajes sobre la COVID-19 se vuelve más responsable, recurriendo en mayor medida a fuentes oficiales y contrastando la información antes de compartirla.

Recurso 7. Briefings al iniciarse el turno.

La nueva situación a la que se enfrentan a diario los centros sanitarios debido a la crisis de la COVID-19, genera nuevas necesidades de coordinación derivadas principalmente de la incorporación de nuevo personal y la creación de equipos sin una historia previa de trabajo compartido. En este nuevo contexto, la técnica de briefing puede ser empleada al inicio de cada turno como estrategia para mantener al equipo informado de las últimas novedades, fomentar la coordinación y facilitar la incorporación del nuevo personal. Esta técnica, resulta especialmente recomendable cuando se producen nuevas incorporaciones (recurso 8) o el personal no ha trabajado antes juntos, como por ejemplo, puede ocurrir en atención primaria cuando se crean parejas para las visitas a domicilios de pacientes COVID-19.

Sobreponerse al Estrés Agudo causado por SARS-CoV-2 (COVID-19)

Para la aplicación de esta técnica puede seguirse el protocolo descrito en la siguiente infografía.





Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias
GOBIERNO DE ANDALUCÍA



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
CLÍNICO SAN CECILIO

Atención al profesional frente al estrés agudo

Unidad de cuidados críticos

Versión 1.0, 27 marzo 2020



BRIEFING

OBJETIVO

Fortalecer la seguridad y ayudar a controlar la presión a la que los profesionales están sometidos, con orientaciones específicas a los profesionales de nueva incorporación.

DÓNDE En cada SALA	CUÁNDO Al inicio de cada turno	DURACIÓN 10-15 min
QUIÉN FEA intensivos MIR Enfermeras TCAE Celadores	CONTENIDO Sobre profesionales: ☐ Todos disponen de equipos ☐ Claves en el uso del EPI Sobre pacientes: ☐ ISOBAR ☐ Puntos clave ☐ Asignación de pacientes y planificación de jornada Incluir siempre al menos una noticia positiva 	

Ninguno de nosotros es tan bueno como todos nosotros juntos. Ray Kroc



segundas victimas covid19.umh.es



#EsteVirusLoParamosUnidos




[@clinicodegranada](#)

www.clinicodegranada.es

Recurso 8. Formación de profesionales noveles y de personal movilizado de otros servicios o unidades.

El elevado número de profesionales sanitarios en aislamiento domiciliario reduce drásticamente la posibilidad para hacer frente a la pandemia.

Su sustitución por nuevos profesionales, en algunos casos, sin trayectoria profesional en la especialidad, incrementa la presión para quienes están al frente librando esta batalla contra el coronavirus. No solo deben responder a la presión asistencial, sino también formar a los nuevos profesionales.

Los profesionales en aislamiento sienten, en muchas ocasiones, frustración al no poder acompañar a sus colegas en estos momentos.

El proyecto LINE que proponemos plantea que estos profesionales puedan ofrecer formación online y tutorizar a profesionales que se incorporan, colaborando con sus compañeros a afrontar esta difícil situación.

La propuesta plantea que cada vez que se incorpora un nuevo profesional, se le asigne, desde la unidad docente, un tutor (en aislamiento en el hogar) al que podrá consultar sus dudas vía WhatsApp mediante mensajes de texto o audio, pudiendo utilizar también los recursos de videollamada. Esta unidad también podría organizar “píldoras” formativas sobre temas específicos que requieran estos nuevos profesionales para el ejercicio de su labor (desde medidas de autoprotección a temas organizativos u otros).

En esta recomendación, se ha escogido este sistema de mensajería instantánea por ser uno de los más extendidos. El tutor, en caso de que la cuestión planteada haga referencia a su especialidad, podrá responder directamente al tutorizado o, en caso contrario, consultar a otros profesionales en similar situación para poder responder. Este profesional también puede ofrecer acompañamiento para afrontar la responsabilidad que asume y la carga emocional que conlleva la prestación asistencial en estos momentos.

EJEMPLO PRÁCTICO



Haga clic sobre la imagen si desea consultar la presentación completa sobre el proyecto LINE.

Se proponen adicionalmente, una serie de recursos online, denominados “rápidos” por su facilidad de uso e instalación, para poder realizar las acciones de tutorización entre los formadores en aislamiento domiciliario y el personal de refuerzo, ya sean videollamadas, reuniones virtuales o compartir archivos en tiempo real. La lista comprende diferentes aplicativos disponibles para cualquier tipo de dispositivo ya sea smartphone o PC. En la siguiente infografía se detallan estos recursos adicionales para poder realizar esta acción de tutorización desde el aislamiento domiciliario.

Recurso 9. Escala auto-aplicada para conocer la reacción individual y valorar si se precisa ayuda emocional.

Existe una pobre percepción del riesgo de sobrecarga emocional entre los profesionales (mayor entre los varones). Si los profesionales sanitarios no interiorizan que precisan apoyo, las intervenciones no tendrán el efecto esperado. Esta escala podría contribuir en esa dirección.

La interpretación de la escala atendería a los siguientes criterios:

El profesional que suma 15 o más puntos directos es candidato a recurrir a los dispositivos de ayuda emocional activados. Por ejemplo, a la línea telefónica (recurso 11) o a recurrir sistemáticamente a la técnica de atención plena recomendada en este documento (recurso 12). El profesional que suma más de 25 puntos directos debe valorar recurrir a la consulta de apoyo individualizado habilitada por su centro (recurso 14).

La escala ha sido diseñada a partir de las experiencias de profesionales sanitarios de atención directa a pacientes buscando asegurar su validez de contenido.

Por favor, contesta a las siguientes preguntas en función a los pensamientos, emociones, sensaciones y acciones que estás experimentando durante estos días de crisis...

	No me está sucediendo	Me pasa en situaciones concretas	Me pasa a menudo	Estoy así continuamente
No sé que hacer ni por dónde empezar	☐	☐	☐	☐
No puedo evitar que me vengan a la cabeza situaciones críticas recientes. No logro desconectar del trabajo	☐	☐	☐	☐
Me mantengo distante, me molesta el trato con la gente, estoy irascible incluso en casa	☐	☐	☐	☐
Siento que estoy descuidando a muchas personas que requieren de mi ayuda	☐	☐	☐	☐
Tengo dificultades para pensar y tomar decisiones, tengo muchas dudas, he entrado en una especie de estado de bloqueo emocional	☐	☐	☐	☐
Siento reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, falta de respiración, insomnio, etc.) relacionadas con la situación actual de crisis	☐	☐	☐	☐
Me siento en estado de alerta permanente. Creo que mis reacciones ahora ponen en riesgo a otros pacientes, a mis colegas o a mí mismo/a	☐	☐	☐	☐
La preocupación por no caer enfermo me provoca una tensión difícil de soportar	☐	☐	☐	☐
Tengo miedo por si voy a contagiar a mi familia	☐	☐	☐	☐
Tengo dificultades para empatizar con el sufrimiento de los pacientes o conectar con su situación (distanciamiento emocional, anestesia afectiva)	☐	☐	☐	☐

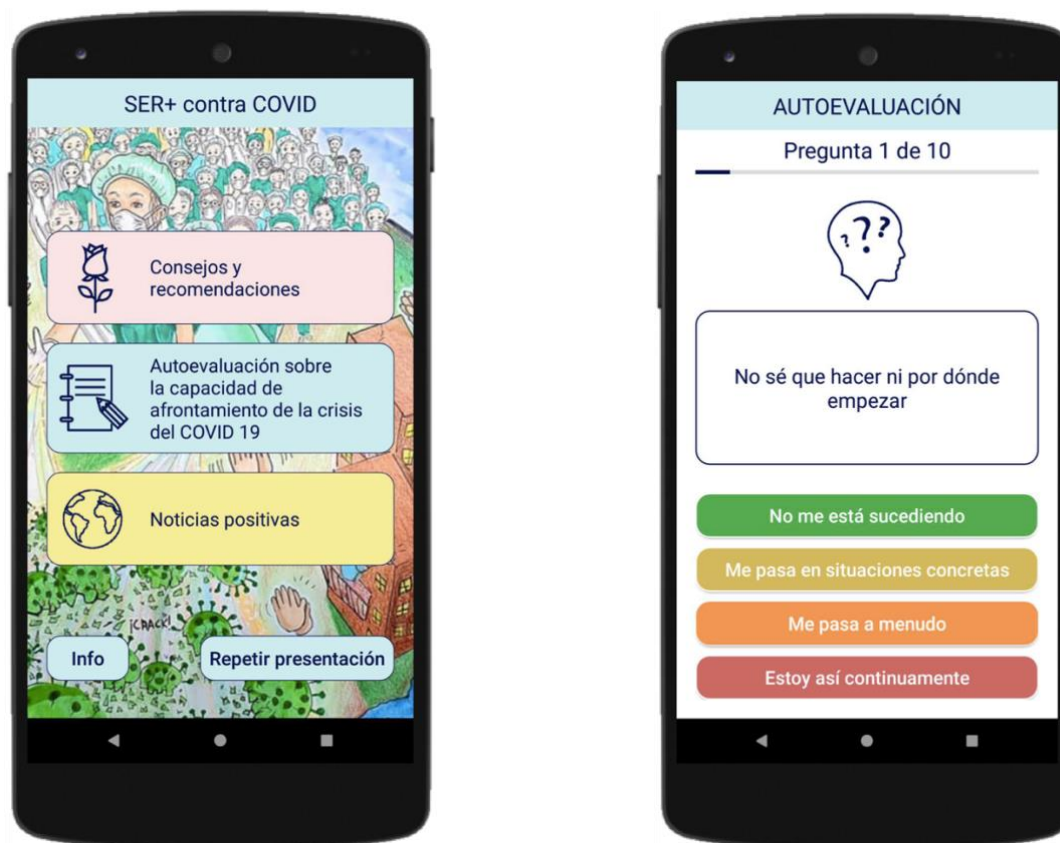
Esta escala ha sido contestada por 50 profesionales sanitarios de hospitales de diferentes puntos del país. La puntuación media ha sido de 8,9 puntos (d.t. 5,3), rango de puntuaciones entre 0 y 21 puntos (máxima puntuación posible 30).

	N	Media	DT	CV	Varianza	Mínimo	Máximo
No puedo evitar que me vengan a la cabeza situaciones críticas recientes. No logro desconectar del trabajo.	50	1,4	1,0	0,7	1,1	0	3
He perdido por completo el gusto por las cosas que antes me producían tranquilidad o bienestar.	50	0,7	0,9	1,2	0,7	0	3
Me mantengo distante, me molesta el trato con la gente, estoy irascible incluso en casa	50	0,6	0,8	1,4	0,7	0	3
Siento que estoy descuidando a muchas personas que requieren de mi ayuda	50	0,7	0,8	1,1	0,7	0	3
Tengo dificultades para pensar y tomar decisiones, tengo muchas dudas, he entrado en una especie de estado de bloqueo emocional.	50	0,7	0,9	1,2	0,7	0	3
Siento reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, falta de respiración, insomnio, etc.) relacionadas con la situación actual de crisis.	50	0,8	0,8	1,0	0,7	0	2
Me siento en estado de alerta permanente. Creo que mis reacciones ahora ponen en riesgo a otros pacientes, a mis colegas o a mí mismo/a.	50	1,0	0,9	0,9	0,8	0	3
La preocupación por no caer enfermo me provoca una tensión difícil de soportar.	50	0,9	0,8	0,9	0,7	0	3
Tengo miedo por si voy a contagiar a mi familia	50	1,6	1,0	0,6	0,9	0	3
Tengo dificultades para empatizar con el sufrimiento de los pacientes o conectar con su situación (distanciamiento emocional, anestesia afectiva).	50	0,5	0,8	1,6	0,6	0	3

Resultados del análisis de validez de constructo (análisis factorial exploratorio)

	Factor 1	Factor 2
Tengo miedo por si voy a contagiar a mi familia	0,82	
La preocupación por no caer enfermo me provoca una tensión difícil de soportar.	0,76	
Siento reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, falta de respiración, insomnio, etc.) relacionadas con la situación actual de crisis.	0,73	
Tengo dificultades para empatizar con el sufrimiento de los pacientes o conectar con su situación (distanciamiento emocional, anestesia afectiva).	0,68	
No puedo evitar que me vengan a la cabeza situaciones críticas recientes. No logro desconectar del trabajo.	0,58	
Tengo dificultades para pensar y tomar decisiones, tengo muchas dudas, he entrado en una especie de estado de bloqueo emocional.		0,87
Me mantengo distante, me molesta el trato con la gente, estoy irascible incluso en casa		0,86
Me siento en estado de alerta permanente. Creo que mis reacciones ahora ponen en riesgo a otros pacientes, a mis colegas o a mí mismo/a.		0,63
Siento que estoy descuidando a muchas personas que requieren de mi ayuda		0,52
Varianza explicada	43,9%	15,1%
Alpha Cronbach	0,79	0,76
Total varianza explicada		59,0%
Consistencia interna de la escala. Omega de McDonald		0,88
Alpha Cronbach		0,83

Esta escala puede ser autoaplicada. Hemos desarrollado una app, **SER+ CONTRA COVID**, para Andoid e IOS, que ayuda a realizar esta autoevaluación y ofrece consejos en función de los resultados.



Recurso 10. Sensibilización, toma de conciencia, del impacto emocional que supone atender el actual volumen de pacientes con COVID-19.

Luchar contra los efectos del SARS-CoV-2 en los pacientes está ocasionando sentimientos de equipo, de compromiso, pero también miedo, irritabilidad, sobrecarga emocional, desafección.

Cuando empieza la jornada laboral y se suceden las actuaciones, una tras otra, apenas hay tiempo para ocuparse de uno mismo. El cansancio hace mella y la afectividad por las vivencias que se experimentan, en ocasiones en situaciones extremas, provoca reacciones de estrés agudo, adaptativas y desmoralización. Estas situaciones limitan nuestra capacidad de dar respuesta a las necesidades de nuestros pacientes, provocan errores involuntarios y nos ponen en situación de mayor riesgo de contagio. Cuidar de uno mismo, es también una forma de prestar una óptima calidad asistencial a los pacientes y de proteger a la familia al llegar a casa.

Es obvio que la demanda activa de multitud de tareas y responsabilidades asistenciales manda nada más llegar al centro de trabajo y empezar el turno. Pero no es posible mantener esa dinámica día tras día sin verse afectado. Tomar conciencia de esta realidad y poner remedio es también parte de la lucha contra el SARS-CoV-2.

Esta situación se refleja en el vídeo elaborado por el Hospital La Paz, Comunidad de Madrid, <https://youtu.be/7-YvRoW1MtE>

En el sitio web <https://segundavictimascovid19.umh.es/p/inicio.html> puede consultarse y descargarse el conjunto de los recursos que nuestro grupo ha recopilado para ayudar a los profesionales e instituciones sanitarias a afrontar esta difícil situación. En este documento resumimos cada uno de ellos.



Segundas víctimas del SARS-CoV-2 (COVID-19)

[Inicio](#) [Situaciones problema](#) [Recursos](#) [Autoevaluación sobrecarga emocional](#) [Descarga](#) [Noticias +](#) [APP](#) [Q](#)

Inicio

Presentación

Los **profesionales sanitarios implicados en la atención de las personas infectadas por el COVID-19** que presentan una evolución tórpida de la enfermedad, posiblemente agravada por condiciones de salud de base, pueden presentar alteraciones emocionales que pongan en riesgo su bienestar psicológico y salud mental, así como su rendimiento profesional.

Por otro lado, más allá de la crisis clínica de los pacientes particulares, estos profesionales **se ven sometidos de manera continua a una situación extrema y estresante por múltiples factores** (alarma social, escasez de recursos, sobresaturación de los servicios, incertidumbre, etc.). Asimismo, al tener que estar en contacto directo con las personas enfermas por COVID19 son quienes mayor probabilidad presentan de pasar a ser primeras víctimas puesto que se encuentran expuestos a un alto riesgo de contracción del virus.

El porqué de esta web

La pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) está generando una elevada presión asistencial y obliga a tomar decisiones críticas en un ambiente de alarma social extrema y con múltiples condiciones adversas que provocan **sobrecarga emocional, reacciones de estrés agudo y otras patologías afectivas o reacciones psicósomáticas** en el personal sanitario.

El actual escenario nos hace pensar en muchas **situaciones críticas**, que se van produciendo en función de la sobrecarga experimentada, siendo **distinta la situación de los hospitales, con algunos totalmente desbordados**.

INFORMACIÓN OFICIAL - PANDEMIA



Situación actual

78.797 casos confirmados en España	349.409 casos confirmados en Europa	575.444 casos confirmados en el mundo
--	---	---

Pincha en la imagen para abrir la página oficial del gobierno sobre la evolución de la pandemia

CÚENTANOS TU EXPERIENCIA



Nuestro grupo ha desarrollado esta herramienta de ayuda, personalizándola a la situación que vivimos y que tiene en consideración la disponibilidad de tiempo y las condiciones de presión actuales. Está disponible en: <https://segundasvictimas covid19.umh.es/p/inicio.html>

También este recurso audiovisual para auto-aplicar una técnica que contribuya a la recuperación en momentos puntuales. Está disponible en: https://youtu.be/_k9VOqOf5dg

A continuación, se muestran un conjunto de píldoras psicológicas desarrolladas por nuestro equipo que pueden ayudar como posibles medidas de autorregulación emocional ante las situaciones de estrés y ansiedad que se están experimentando durante esta crisis.

Todas estas infografías están a disposición de los centros que lo requieran y pueden utilizarse libremente. En la web <https://segundasvictimas covid19.umh.es/p/inicio.html> pueden verse y descargarse.



RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

TÓMATE UN RESPIRO

RECUERDA LAS **RAZONES** PARA HACER ALTO

TE RELAJA
Libera la ansiedad y el estrés

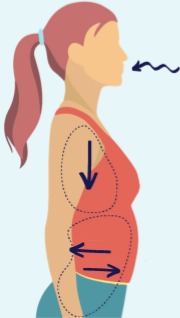
TE PROTEGE
Disminuye la sobreactivación

TE EQUILIBRA
Favorece la regulación homeostática

¿CÓMO LO HAGO?

1

AL TOMAR EL AIRE, PON UNA MANO EN EL PECHO Y OTRA EN EL ESTÓMAGO
Asegúrate que llevas aire a la parte de debajo de los pulmones sin mover el pecho



LLEVA EL AIRE HACIA ABAJO, HINCHANDO UN POCO EL ESTÓMAGO Y LA BARRIGA, SIN MOVER EL PECHO

2

3

RETÉN UN MOMENTO EL AIRE EN ESA POSICIÓN



SUELTA EL AIRE, LENTAMENTE, HUNDIENDO UN POCO EL ESTÓMAGO Y LA BARRIGA, SIN MOVER EL PECHO

4

5

PROCURA MANTENERTE RELAJADO 4 SEGUNDOS CON LOS PULMONES VACÍOS HASTA VOLVER A INSPIRAR DE NUEVO



HAZ UNA PAUSA ANTE EL ESTRÉS

TÉCNICA STOP 2 MINUTOS



SIENTE CÓMO TE
QUEDAS
QUIETO/A ESTÉS
DÓNDE ESTÉS

Al hacerlo estás tomando la decisión consciente de reducir la velocidad de las cosas. Estás decidiendo tomar el control, en lugar de dejar que las presiones externas te lleven a reaccionar y estresarte.

**TÓMATE UNOS
MINUTOS** PARA
OBSERVAR TU
CUERPO

Escanea lentamente tu cuerpo comenzando desde la punta de los dedos de los pies y subiendo hasta lo alto de la cabeza. A medida que subes, sé consciente de dónde puedes albergar tensión o acumular emociones negativas. Respira hacia la tensión y suéltala.

OBSERVA DE
CERCA LO QUE TE
RODEA

Busca en tu entorno los detalles más pequeños que nunca habías observado, esos detalles deberían ser agradables para ti. Sumérgete y enraízate en tu entorno mientras hallas algo que te guste o te sorprenda.

POSIBILIDADES QUE
AHORA
TIENES

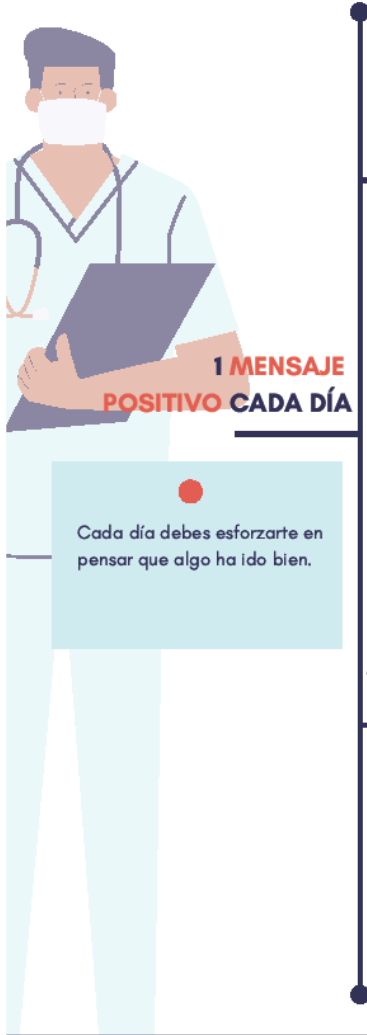
Acabas de salir del piloto automático y ahora eres libres de elegir una dirección nueva y beneficiosa. Si te habías sentido sobrecargado/a, exhausto/a y sin saber qué hacer puedes mirar con ojos nuevos la variedad de elecciones y de opciones diferentes que tienes ante ti...

¿CÓMO HAS VIVIDO EL STOP QUE HAS REALIZADO?

Repite esta secuencia varias veces al día para aliviar la tensión emocional, cuidarte mejor, cuidar al paciente y a los tuyos.



segundavictimascovid19.umh.es



MI DIARIO DE NOTAS POSITIVAS

1 MINUTO CADA DÍA PARA **SACAR LO POSITIVO**
DE LA SITUACIÓN PRESENTE

**1 MENSAJE
POSITIVO CADA DÍA**

**BUSCA UN LUGAR
PARA APUNTAR**

Puedes usar una libreta, un folio, post-it y anotarlos en una nevera, en el panel de noticias de la planta dónde trabajas.

Cada día debes esforzarte en pensar que algo ha ido bien.

**ESTO AYUDARÁ A TU MENTE
A FOCALIZAR EN LA PARTE
POSITIVA**

De esta forma conseguirás equilibrar todos los logros y retos que van aconteciendo a lo largo del día.

CUIDAR TU MENTE TAMBIÉN ES IMPORTANTE

*Esta crisis te va a **poner a prueba** de **forma física y emocional**.*



RELAJACIÓN MUSCULAR BREVE DE JACOBSON

TÉCNICA CONTRA LA **ANSIEDAD** Y EL **ESTRÉS**



1

PONTE EN UNA POSICIÓN CÓMODA: SENTADO/A

Deja tu mente en blanco.
Un ambiente tranquilo también ayudará.

2

TENSA LOS MÚSCULOS DE LA FRENTE

Para ello, levanta las cejas durante 6 segundos.
Después, relaja la frente durante 15 sg. y
céntrate en la sensación de relajación.



3

TENSA LA ZONA DE OJOS Y NARIZ

Aprieta los párpados y arruga la nariz durante
6sg. y suelta la tensión durante 15sg. Siente lo
que ocurre.



4

TENSA LOS MÚSCULOS DE LA BOCA

Ahora tienes que apretar los dientes, los labios
y la lengua contra el paladar durante otros 6sg.
y destensar la zona durante 15sg.



5

TENSA LOS MÚSCULOS DEL CUELLO

Ahora tienes que apretar los dientes, los labios
y la lengua contra el paladar durante otros 6sg.
y destensar la zona durante 15sg.



6

REPITE EL PROCESO LAS VECES QUE LO NECESITES

Recuerdas que puedes acompañar este
ejercicio con técnicas de respiración

*Es importante **tener paciencia** y si no se logra relajar la primera vez, no hay que preocuparse puesto que es cuestión de **PRÁCTICA***

SER+
CONTRA COVID

segundavictimascovid19.umh.es

Una de las fuentes de estrés más importantes para los profesionales es vivir de cerca como su paciente fallece en aislamiento y, por tanto, en soledad. Y como sus familiares no pueden despedirse ni ellos facilitar su duelo. Es una situación compleja, desalentadora y difícil de afrontar. En el Anexo III incluimos una breve guía con consejos, incluida una propuesta para que los más pequeños puedan también participar de este momento.

Recurso 11. Teléfono directo de apoyo psicológico a profesionales atendido por personal especializado (premisa 24-7).

Línea especial 7-24 para ofrecer apoyo psicológico a profesionales desbordados anímicamente a cargo de personal con experiencia y entrenado para afrontar este reto.

Hay hospitales que ya están habilitando este servicio incorporando en esta atención a los profesionales de salud mental o de salud laboral que asumen esta función. En otros casos, se han activado recursos existentes de personal voluntario del grupo de Emergencia y Catástrofes del Colegio Oficial de Psicólogos u otros recursos como profesorado universitario.

Los centros que cuentan con personal capacitado para ello pueden habilitar este servicio lo que requiere: difundir la existencia de este servicio bajo el principio de absoluta confidencialidad, anunciar los números de teléfono donde dirigirse, sugerencias sobre en qué casos es aconsejable hacer uso de este servicio (ver recurso 9, escala autoaplicable para conocer la reacción individual y valorar si se precisa ayuda emocional) y enfatizar que hay que perder la reticencia a pedir ayuda en estos momentos.

Tanto a nivel nacional como a nivel autonómico (en algunos casos) se han habilitado líneas especiales gratuitas de primeros auxilios psicológicos dirigida a profesionales sanitarios a los que puede recurrir cualquier profesional sanitario y no sanitario (incluidos cuidados de centros para mayores) bajo los mismos principios.

Por ejemplo, el Col·legi Oficial de Psicologia de la Comunitat Valenciana (COPCV) en colaboración con la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública ha habilitado un número (960450231) para la atención específica a profesionales sanitarios, cuerpos de seguridad y otros intervinientes. Por su parte, numerosos servicios de salud mental, por toda la red pública de salud, han puesto en marcha iniciativas en este sentido.

Estos son ejemplos de estos programas, en este caso anunciando este tipo de servicios de apoyo a profesionales.

EQUIPO DE SOPORTE A LOS PROFESIONALES DEL ÁMBITO SANITARIO EN RELACIÓN A LA PANDEMIA POR COVID-19

¿Qué hacemos?

El **desgaste psicológico** como consecuencia directa de la sobrecarga de trabajo, la limitación de recursos y la complejidad de las intervenciones hace notorio en muchos profesionales. Queremos facilitar el acceso a profesionales del ámbito de la Salud Mental (psicólogos clínicos y psiquiatras) en estos momentos de mayor exigencia.

Desde este equipo se ofrece la **atención** de urgencia y programada a las demandas en relación a la **propia Salud Mental** que puedan surgir a los trabajadores del Ámbito Sanitario. Estas peticiones pueden surgir durante la realización de su jornada laboral, tiempo de descanso o periodo de confinamiento en el hogar por infección detectada o en cuarentena preventiva.



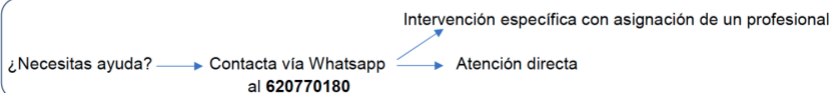
¿Quiénes somos y a quién va dirigido?

Somos un grupo de **psiquiatras y psicólogos** del ámbito asistencial que, siguiendo el ejemplo de algunos compañeros de otras regiones del país, pretendemos dar **apoyo psicológico** a otros trabajadores del Sistema Sanitario que lo puedan necesitar durante las siguientes semanas. La Salud Mental de todos nosotros, tanto clínicos como cualquier otro perfil profesional que desempeñe sus tareas en los servicios sanitarios: personal administrativo, de limpieza, mantenimiento... es crucial para afrontar los retos que se presentarán.

Este programa está dirigido a los trabajadores de la **provincia de Tarragona** pero no quedarán excluidos aquellos que se pongan en contacto desde otras regiones.

¿Cómo contactar?

Puedes contactar con nosotros vía **Whatsapp** para cualquier consulta. Si no se puede resolver la demanda al momento, se te asignará un profesional con el que podrás estar en contacto y recibir la atención telemática necesaria. No está de más recordar que este servicio garantiza tu confidencialidad, es gratuito y no exige ningún compromiso.



¡COMPÁRTELO CON TUS COMPAÑEROS!



- Sentirse estresado es una experiencia por la que seguramente pasarás tanto tú como tus compañeros; de hecho, es bastante **normal** sentirse así en la situación actual
- El estrés y los sentimientos asociados **no** reflejan en absoluto **incapacidad o debilidad**
- Ten en cuenta tu **propia salud**
- Ten en cuenta que cuestiones **personales o familiares** pueden estar sumando más estrés

- Piensa en lo que te ha ayudado a superar las dificultades en el pasado. **No intentes cosas nuevas.**

MANEJAR EL ESTRÉS

- Intenta tomarte **tiempo para descansar, comer y relajarte** unos instantes, aunque sea por tiempos breves
- Trata de **no agotarte** demasiado. Mantén unos horarios de trabajo razonables
- Reduce al **mínimo** el consumo de **café, nicotina o alcohol**
- Busca el apoyo con otros compañeros y seres querido. **No te aisles**
- Es normal que te aborden **pensamientos angustiosos** y mucha incertidumbre. No podemos **evitar** esos pensamientos pero sí **enredarnos en ellos**

REPOSO Y REFLEXION

- **Comparte** tu experiencia
- **Reconoce la ayuda** que has logrado proporcionar, incluidos los pequeños gestos
- Aprende a **aceptar y reflexionar** sobre lo que has hecho bien, lo que no salió demasiado bien, y las limitaciones de lo que pudiste hacer dadas las circunstancias
- Recuerda que es una situación nueva para todos, **céntrate** en lo que está en tu mano y bajo **tu control** y no en los factores que no puedes controlar

RED DE SALUD MENTAL DE NAVARRA

La siguiente infografía, elaborada por profesionales del Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada, además de constituir una herramienta de soporte emocional (recurso 10), incluye vías de contacto específicas para una atención especializada.



Servicio de apoyo para cuidar la salud emocional de nuestros profesionales

#EsteVirusLoParamosUnidos

Los trabajadores de la sanidad estamos habituados a lidiar con situaciones de alerta a diario y hemos adquirido múltiples recursos personales, a la vez que potenciado nuestra capacidad de recuperación (resiliencia). Pero somos humanos y también podemos manifestar problemas emocionales durante esta crisis de pandemia originada por el coronavirus (Covid-19).

Para hacer frente a ello, desde el Hospital Clínico San Cecilio queremos ofrecer este apoyo extra que contribuya al **cuidado de la salud emocional de nuestro profesionales**.

Pautas básicas para el equilibrio emocional

1
Dormir



2
Alimentarse bien



3
Descansar



4
Hacer ejercicio moderado



5
Desconectar de vez en cuando (evitar la sobreinformación)



Principios fundamentales para regular nuestras emociones

1
Comparte tus emociones con tu familia y amigos. Habla con ellos, te escucharán y apoyarán.

2
Tus compañeros de trabajo te entenderán mejor que nadie. Comunícate con ellos. El apoyo entre pares, o apoyo mutuo, es una herramienta potente, utilízala.



Herramientas para la relajación

A veces esto es insuficiente y los estados de alerta no siempre se calman con medidas básicas. Las redes están llenas de audios de **meditación y relajación** pero todos estamos cansados para tener que decidir cuando llegamos a casa. Os lo ponemos fácil, compartimos con vosotros este enlace:



 **Meditación** Fuente: Letras Kairós

Vías de contacto para atención personalizada

Correo corporativo:
cuidaralprofesional.hucsc.sspa@juntadeandalucia.es

Qué debes incluir en el mail:

1. Nombre
2. Teléfono o correo electrónico para poder contactar
3. Qué necesitáis, en pocas palabras, y descripción de los síntomas

Nos pondremos en contacto con vosotros.
Teléfono: 693704 (corporativo) o 671593704 (largo).
En principio, de lunes a viernes de 9h a 14h.

Si aparecen síntomas como ansiedad intensa, insomnio o rabia desproporcionada, y ninguna de las herramientas básicas antes recomendadas funciona

¡Contacta con nosotros!



@clinicodegranada



www.clinicodegranada.es

Haga clic sobre la imagen para escuchar el audio para la meditación.

Recurso 12. Necesidad de un Tiempo recuperación reglado.

Los tiempos de descanso son vitales para mantener el estrés emocional a raya. Desde que empezó la actual crisis sanitaria, se ha visto que el cansancio físico y mental era otro de los efectos del SARS-Cov-2.

Reglar descansos se ha convertido en una necesidad para la salud laboral y, por tanto, para que los pacientes reciban una óptima atención. No se trata de descansos prolongados, sino de respiros varias veces durante la jornada.

La Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Universitario Clínico San Cecilio, por ejemplo, ha reglado estas pausas de recuperación durante las que, además, el equipo dedica unos minutos a la autorregulación con ayuda de audios que promueven la atención a la respiración y la relajación.



PAUSAS DE RECUPERACIÓN



OBJETIVO

Ofrecer tiempos reglados de recuperación durante la jornada laboral utilizando herramientas para la recuperación y auto-regulación.

CUÁNDO

Dos veces por cada turno

Sala	Mañana		Tarde		Noche	
A y B	10:30	12:30	18:00	20:15	02:00	05:00
C	10:45	12:45	18:15	20:30	02:15	05:15

QUIÉN

El descanso lo realizará todo el personal de la sala a la vez, quedando de guardia dos profesionales de otra sala.

- ✓ Dos profesionales de C en las pausas de A y B.
- ✓ Dos profesionales de A y B en las pausas de C

DURACIÓN

5 -7 min



CÓMO

En la sala de medicación

- ✓ Puertas cerradas
- ✓ Luces atenuadas
- ✓ Silencio



Escuchar audio que ayude a la relajación

Ninguno de nosotros es tan bueno como todos nosotros juntos. Ray Kroc

#EsteVirusLoParamosUnidos

Recurso 13. Técnica Defusing, para desactivar la Sobrecarga Emocional Antes de Terminar la Jornada para NO Llevarla a Casa y Fortalecerse para el Próximo Turno.

La generalización de la técnica grupal denominada *Defusing* (que podemos traducir en esta situación como Desactivar la Sobrecarga Emocional Antes de Terminar la Jornada para NO Llevarla a Casa y Fortalecerse para el Próximo Turno) también puede contribuir a prevenir los síntomas propios del agotamiento emocional y el complejo de sensaciones, cambios de humor y síntomas psicósomáticos que le acompañan.

Este tipo de técnica se aplica principalmente con los equipos de primera línea de atención, para intercambiar entre ellos información y apoyo, favorecer una catarsis de las reacciones emocionales experimentadas durante la jornada y aliviar la tensión antes de regresar a casa.

Se aplica al final de cada día de trabajo con el fin de re-elaborar lo acontecido y vivido, para “dejar toda la tensión en el trabajo” y no llevarla a casa. Obviamente, la participación es voluntaria y nadie debe sentirse mal o excluido por no participar. Es normal ser escéptico y no estar convencido de que compartir emociones pueda ayudar a recuperarse.

Consiste en una exposición guiada por un moderador (presencialmente o mediante las herramientas que facilitan la comunicación tipo *Google Hangouts* que te presentamos en el recurso 8) en la que se comparten situaciones y emociones que se han experimentado durante la jornada de trabajo y que provocado un mayor impacto. Cada profesional puede presentar su propia vivencia y expresar sus temores y preocupaciones siguiendo un conjunto de preguntas y respuestas como el que proponemos en la infografía siguiente. Nunca se juzga o critica o se le dice a nadie qué tiene que sentir o se valora si sus emociones son las apropiadas. Al contrario, esas emociones deben reinterpretarse en función de los acontecimientos, posibilidades, comportamientos y actitudes a nuestro alrededor y comprender que se trata de reacciones normales y no anómalas. Es entonces momento de activar la sensación de equipo y los recursos de afrontamiento, promoviendo el potencial cognitivo, emocional, conductual y social de cada participante.

La finalidad es ventilar esas emociones negativas para no re-experimentarlas con intensidad una vez fuera del trabajo. Por eso mismo, la técnica debe ser aplicada, al menos la primera vez, por un profesional acostumbrado a manejar entrevistas grupales y con carga emocional.

Se puede estipular como pauta general y compromiso grupal, evitar mantener conversaciones derrotistas o focalizadas en lo que no ha ido bien durante la jornada laboral, sabiendo que, durante la sesión, toda esa desesperanza, preocupaciones y emociones negativas podrán ser compartidas. De esta manera, la expectativa de un tiempo específico para el desahogo emocional permite desactivar el negativismo durante la jornada laboral y ayuda a evitar la rumiación de pensamientos negativos que afectan al estado de ánimo del profesional y reduzcan su capacidad de respuesta.

Durante las primeras sesiones puede ser recomendable preguntar de forma individualizada a cada uno de los participantes por su experiencia. Con el tiempo y a medida que se vaya desarrollando un clima de confianza y se dote de normalidad a la técnica, puede utilizarse el discurso de uno de los profesionales e ir intercalando su experiencia con la del resto de profesionales. Esto reducirá el tiempo de aplicación de la técnica y ayudará a convertirla en una rutina y a fortalecer las relaciones de ayuda mutua (identificación).

Rituales de cierre. Tras la exposición de preocupaciones y emociones negativas es necesario cerrar la sesión promoviendo pensamientos y emociones positivas. El grupo puede definir sus propios lemas o frases de ayuda. También, dedicar los últimos minutos a enumerar los “éxitos” o “avances” de la jornada (ver resultados positivos en la lucha contra el coronavirus o en la atención a paciente no COVID-19). Felicitar a uno mismo y a los compañeros por el trabajo realizado, el esfuerzo dedicado y el compromiso no es algo banal, sino necesario. Despedirse

con el compromiso de volver al día siguiente con la vista puesta en la labor del equipo contribuye a soportar mejor la presión de esta crisis.

El tiempo de la sesión debe ajustarse a las necesidades del grupo y a las particularidades de la jornada laboral (habrá días peores que otros). No obstante, para no perder la esencia de la técnica, resulta conveniente no exceder los 20 minutos.

Aquellos centros que ya han puesto en marcha equipos para dar soporte a las segundas víctimas, pueden contar con este personal para liderar este tipo de intervención. Hay que considerar que, en algunos casos, el profesional va a necesitar una ayuda a nivel individual (ver recurso 14).



DEFUSING EN CENTROS SANITARIOS

CRISIS COVID-19

DESACTIVAR LA SOBRECARGA EMOCIONAL ANTES DE TERMINAR LA JORNADA PARA NO LLEVARLA A CASA Y FORTALECERSE PARA EL PRÓXIMO TURNO

- **Grupos pequeños** (6-10 pax) – Personal de unidad presente en el turno.
- **Moderador/a:** responsable de seguridad del paciente o de unidad, personal de PRL o salud mental, profesionales externos al centro.

Al final de la jornada

En un lugar con pocas interrupciones en el propio centro

Face-to-face o streaming

¿QUÉ ES?	¿QUÉ NO ES?
1. Estrategia para compartir emociones y vivencias. 2. Tras exposición a situaciones de estrés extremo. 3. Puede incorporarse en la rutina diaria de los equipos (15-20').	1. Terapia grupal. 2. Análisis crítico de errores y acciones de mejora. 3. Búsqueda de responsabilidades, intercambio de reproches.

¿PARA QUÉ?

- **Desactivar** malestar y tensión.
- **Recuperar** fortaleza y confianza.
- No llevarse estrés a casa para poder **desconectar** en el hogar.
- Crear atmósfera de **apoyo mutuo**, reforzar unidad del equipo.
- **Preservar** el bienestar.
- **Prevenir** respuestas extremas de estrés y errores por sobrecarga emocional.
- **Integrar** de forma adaptativa las experiencias críticas de la jornada laboral.
- **Detectar** si estoy desbordado/a emocionalmente y necesito alguna ayuda adicional.

DESCARGAR • CERRAR • RESTAURAR • CONTINUAR

¿QUÉ COMENTAR?

ADAPTABLE A LA SITUACIÓN

¿Cómo ha ido la jornada de trabajo?

¿Cómo la has llevado?

¿Qué situaciones difíciles se han producido?

¿Cómo te sientes?

¿Qué es lo que más te preocupa?

¿Qué pensamientos has tenido de forma repetida durante la jornada?

Lo que has vivido hoy ¿ha cambiado tu forma de ver las cosas?

¿Qué ha sido lo peor para ti de este turno?

¿Qué es lo que más te ha impactado/afectado?

¿Hay alguna tarea o decisión que solías poder hacer sin dificultad y que hoy no te has sentido con fuerzas suficiente para realizarla?

¿Hay algo que quieras añadir?

¿Alguien comparte los mismos sentimientos/preocupaciones?



OTRA INFO DE INTERÉS

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN
COMPARTIDA

TIEMPO PARA HABLAR TODOS/AS

TERMINAR LA SESIÓN CON MENSAJES POSITIVOS, DE UNIDAD Y FUERZA



segundavictimascovid19.umh.es

Recurso 14. Protocolo para derivación puntual de profesionales para recibir consejo individualizado para superar reacción Estrés Agudo.

Los centros que dispongan de profesionales cualificados para ello (bien de servicios de salud laboral o de salud mental) pueden habilitar la disponibilidad de recursos de atención individualizada para aquellos casos que se sientan completamente desbordados y como alternativa a la situación de baja laboral. Requiere definir qué casuísticas deben ser atendidas de esta forma (incluyendo personal de apoyo a la labor asistencial), circuito para establecer cita previa de la consulta telefónica, establecer horario de consultas y disponibilidad del recurso humano y del equipamiento técnico necesario.

Recurso 15. Disponibilidad de espacios en descanso en el centro o cercanos a los centros.

La literatura recoge algunas intervenciones que funcionaron en esta pandemia en China y que podrían valorarse en la actualidad, sobre todo considerando el ofrecimiento de algunas cadenas hoteleras y de propietarios de hoteles. Se trata de proporcionar un lugar de descanso en el que el personal se pueda aislar temporalmente y sin el “peligro” de contagiar a sus familiares. Aliviarles esta tensión rebaja su carga emocional.

También, proporcionarles alimentos y bebidas facilitadas por el mismo centro o empresas colaboradoras; facilitar espacios de descanso desde donde estar en contacto con sus familiares durante la jornada laboral, aliviando las preocupaciones de sus familias y su propia tensión.

Recurso 16. Mantener contacto institucional e informar de la situación del centro al personal confinado en domicilio.

La comunicación directa entre sanitarios activos y compañeros confinados en el hogar es indispensable para conseguir un mejor desempeño emocional y laboral. A través de las redes de mensajería instantánea (descritas en el recurso 10) el sanitario confinado puede seguir la actualidad de su centro y estar en contacto directo con sus compañeros, de forma que se siga sintiendo parte del equipo hasta que vuelva a reincorporarse. Además, puede aprovechar su aislamiento en el hogar para ejercer otras funciones útiles para el colectivo sanitario (véase el recurso 8).

Recurso 17. Tomar conciencia de qué se espera de los mandos intermedios en una crisis.

En estos momentos el liderazgo de los mandos intermedios y de los directivos, en general, es crucial para afrontar la crisis causada por el SARS-CoV-2. La toma de decisiones bajo presión que supone esta situación, la falta de antecedentes que orienten sobre lo que debe hacerse, la premura y alarma social, el riesgo biológico contrastado por el volumen de profesionales afectados y los primeros fallecimientos, todo incide en una presión como nunca antes ha existido para este colectivo.

Por esta razón, se han elaborado protocolos para la gestión de la pandemia por coronavirus en los centros. Estos protocolos incluyen checklist para orientar sobre todos aquellos que deben ser considerados. Por ejemplo, la Asociación Madrileña de Calidad Asistencial ha realizado esta importante labor y su trabajo puede orientar a otros muchos centros fuera de la Comunidad de Madrid (Anexo VI).

En el Anexo V de este documento se incluye una tabla resumen de asignación de funciones en la gestión de las propuestas que se recogen en este documento, tomando en consideración la estructura habitual de hospitales de mayor y de menor tamaño, lo que viene a coincidir con las estructuras de apoyo a la gestión con las que cuentan los hospitales.

Recurso 18. Liderazgo en la transmisión de información e instrucciones por los mandos intermedios.

Iniciativa, transparencia en la información, equidad, agilidad y realismo en lo que se anuncia, es lo esperan los profesionales de sus jefes, supervisores y directivos.

La transmisión de información clara, directa, comprensible y dirigida a afrontar el impacto del SARS-CoV-2 en los pacientes, sus familiares, los profesionales y el conjunto de la población debe ser la prioridad.

En el Anexo V se presenta una posible asignación de responsabilidades de los recursos incluidos en este documento. No representa que deba ser necesariamente de este modo, cada centro contará con una dinámica que puede modificar sensiblemente esta propuesta.

Recurso 19. Planificación actuaciones en la post-crisis. Atención y recuperación de los profesionales para evitar las secuelas demoradas del SARS-CoV-2 .

A pesar de que la urgencia y la prioridad de actuación se encuentran ahora en la respuesta a las necesidades de los pacientes con COVID-19, es imprescindible ser conscientes de que el horizonte de respuesta no termina con la crisis, sino que se prolongará más allá del momento en el que esta se dé por concluida. Es, por tanto, necesario planificar las acciones para la gestión de la post-crisis. Esto incluye organizar, planificar, agendar y coordinar toda aquella asistencia y procedimientos no urgentes que durante la crisis han sido pospuestos y que, para entonces, se acumularán junto con las nuevas demandas que de manera espontánea vayan produciéndose. También será necesario poner en marcha los mecanismos oportunos para dar una respuesta eficaz, desde las instituciones sanitarias, a las secuelas emocionales que es previsible que esta crisis deje en gran parte de los profesionales sanitarios y de apoyo a la labor asistencial que hoy en día están en la primera línea de la lucha contra la pandemia.

A pesar de que, posiblemente, el hecho de que se trate de una experiencia colectiva, a nivel mundial, pueda contribuir, en comparación con otras situaciones traumáticas individuales, a la resiliencia, la recuperación emocional y la asimilación adaptativa de la vivencia, no se deben infravalorar las secuelas que esta situación crítica prolongada en el tiempo pueda provocar en los profesionales directamente expuestos a ella. La sobrecarga emocional actual, cabe esperar, produzca un elevado volumen de reacciones y síntomas afectivos y de ansiedad, incluido estrés postraumático, en los 3 meses posteriores a la superación de la actual crisis sanitaria entre los profesionales sanitarios (segundas víctimas) y que se cifra, según los estudios realizados en Hunan y Wuhan (China), entre el 10 y 15% de las plantillas de los servicios críticos (Cuidados Críticos y Reanimación, Medicina Interna, Neumología y Enfermedades Infecciosas), con mayor prevalencia en enfermería.

El equipo de Susan Scott de la University of Missouri Health Care (MUHC) desarrolló el Modelo de Apoyo en Tres Niveles para dar respuesta a las necesidades emocionales de los profesionales sanitarios implicados en incidentes de seguridad para los pacientes (segundas víctimas). Esta propuesta, que se acompaña de un programa específico de apoyo, puede ser convenientemente trasladada a la crisis emocional entre los profesionales de instituciones sanitarias provocada por las condiciones adversas de la atención a pacientes con COVID-19 y el número y condiciones de fallecimientos. Se concreta en tres niveles de apoyo, de especialización creciente, basado en la ayuda entre iguales (lo que facilita la identificación entre portador de apoyo y profesional) y que, por tanto, no requiere la contratación de personal externo. Un equipo entrenado de manera voluntaria y específica para estas situaciones conforma el segundo nivel de apoyo que, a su vez, se encuentra conectado con la red de derivación especializada, integrada por profesionales de Salud Mental, para dar respuesta a las

necesidades de los profesionales que no pueden ser cubiertas en los niveles inferiores de apoyo.

Si se logra desarrollar, implantar y mantener un programa de este tipo en el centro, será de especial ayuda durante la post-crisis que seguirá a la pandemia por SARS-CoV-2, pero también para hacer frente a futuras crisis con potencial para provocar respuestas de estrés agudo y trastornos emocionales en los profesionales de centros sanitarios.

La siguiente infografía muestra el esquema del modelo de Scott et al. (2010).



MODELO DE APOYO DE TRES NIVELES DE SCOTT

APLICABILIDAD DEL **MODELO DE APOYO DE TRES NIVELES DE SCOTT** COMO
COMO PROTOCOLO PARA LA **POSTCRISIS DE COVID-19**



¿QUÉ ES Y QUÉ PROPONEMOS?

- Modelo de apoyo propuesto por Scott y sus colegas (2010) para **ofrecer soporte** a los profesionales sanitarios que se ven emocionalmente afectados tras su implicación en incidentes de seguridad.
- Tres niveles de apoyo para **facilitar la expresión** de las **emociones y preocupaciones** que experimentan los profesionales sanitarios y el personal de apoyo a la labor asistencial a consecuencia de la crisis del COVID-19 o de otras crisis futuras.
- Formato aconsejable para la puesta en marcha en centros sanitarios de dispositivos de apoyo que estén disponibles y bien establecidos para **dar una respuesta efectiva** al fenómeno de la **segunda víctima** en casos de incidentes de seguridad y crisis sanitarias.



SER+
CONTRA COVID

segundavictimascovid19.umh.es

Referencias

- Auxéméry Y. Treatment of post-traumatic psychiatric disorders: A continuum of immediate, post-immediate and follow-up care mediated by specific psychotherapeutic principles. Clinical experience in French-speaking countries. *Encéphale*. 2018;44:403-8.
- Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020;19–20.
- COVID-19 in Wuhan: Immediate Psychological Impact on 5062 Health Workers. [cited 2020 Mar 21]; Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.02.20.20025338>
- Dai Y, Hu G, Xiong H, Qiu H, Yuan X. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. [cited 2020 Mar 21]; Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20030874>
- Dirección General de Protección Civil y Emergencias. Unidad Didáctica 7. Intervención Psicológica con Intervinientes en Emergencias. En: Guía Didáctica de Intervención Psicológica en Catástrofes. Disponible en: http://www.proteccioncivil.es/catalogo/carpeta02/carpeta25/guiadidac_ipc/data/pdfs/unidad_didactica_07.pdf
- Everly GS Jr, Mitchell JT. The debriefing "controversy" and crisis intervention: a review of lexical and substantive issues. *Int J Emerg Ment Health*. 2000;2:211-25.
- Huang L, Xu FM, Liu HR. Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing college students during COVID-19 outbreak. *medRxiv*. 2020;2020.03.05.20031898.
- Jiang N. The influence of efficacy beliefs on interpersonal loneliness among front-line healthcare workers during the 2019 novel coronavirus outbreak in China: a cross-sectional study. 2019;
- Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. Vol. 7, *The Lancet Psychiatry*. Elsevier Ltd; 2020. p. e14.
- Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG, Qushmaq IA. Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clin Med Res*. 2016;14(1):7–14.
- Li W, Yang Y, Liu Z-H, Zhao Y-J, Zhang Q, Zhang L, et al. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *Int J Biol Sci* [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 21];2020(10):1732–8.
- Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2020 Mar 10 [cited 2020 Mar 21]; Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889159120303093>
- Liu C, Yang Y, Zhang XM, Xu X, Dou Q-L, Zhang W-W. The prevalence and influencing factors for anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: A cross-sectional survey. *medRxiv*. 2020;2020.03.05.20032003.
- Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L, et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 Outbreak in China Hardest-hit Areas: Gender differences matter. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020;112921. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>
- Mental Health Care Measures in Response to the 2019 Novel Coronavirus Outbreak in Korea. 2020 [cited 2020 Mar 21]; Available from: <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0058>

Mira JJ, Carrillo I, Guilabert M, Lorenzo S, et al. The Second Victim Phenomenon After a Clinical Error: The Design and Evaluation of a Website to Reduce Caregivers' Emotional Responses After a Clinical Error. *J Med Internet Res*. 2017;19:e203.

Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:151.

Mitchell JT. Innovative, precise, and descriptive terms for group crisis support services: a United Nations initiative. *Int J Emerg Ment Health*. 2007;9:247-52.

Scott SD, Hirschinger, LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM, et al. Caring for our own: Deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2010;36:233-40.

Siyu C, Xia M, Wen W, Cui L, Yang W, Liu S, et al. Mental health status and coping strategy of medical workers in China during The COVID-19 outbreak. *medRxiv*. 2020;2020.02.23.20026872.

Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*. 2020;395(10223):470–3.

World Health Organization (WHO). Mental Health Considerations during COVID-19 Outbreak. 2020;(January):1–5.

Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, et al. The Psychological Impact of the SARS Epidemic on Hospital Employees in China: Exposure, Risk Perception, and Altruistic Acceptance of Risk. *NIH Public Access*. Vol. 54, *Can J Psychiatry*. 2009.

Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. Vol. 7, *The Lancet Psychiatry*. Elsevier Ltd; 2020. p. 228–9.

Zhang J, Wu W, Zhao X, Zhang W. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precis Clin Med* [Internet]. [cited 2020 Mar 21];2020(00):1–6.

Anexo I. Situaciones problema identificadas, necesidades generadas y recursos disponibles para una adecuada respuesta

Con la ayuda de profesionales sanitarios que se encuentran en la primera línea de tratamiento de pacientes con COVID19 hemos identificado un conjunto de situaciones **problema** a las que se están enfrentando y que desencadenan nuevas **necesidades** que, dado el desequilibrio demandas-capacidad de respuesta y su rápida evolución, resultan difíciles de afrontar en toda su extensión.

Esta información, y la revisión de la reciente literatura sobre las experiencias de hospitales de Wuhan y Hunan (China), nos ha conducido a desarrollar un conjunto de **recursos** para contribuir a dar una respuesta a los problemas afectivos y de estrés agudo que están sufriendo los profesionales sanitarios y los de apoyo a la labor asistencial.

Cómo se recomienda utilizar esta guía:

A continuación, se especifican **para cada situación problema, necesidades detectadas y recursos** para afrontarlas. Para navegar por el documento recomendamos:

- 1) Explorar la primera columna (índice) en busca de aquellas situaciones problema que mejor reflejan nuestra situación.
- 2) Revisar las necesidades e identificar las que se asemejan a nuestra situación.
- 3) Una vez identificadas las necesidades, hacer clic sobre el recurso para consultar la recomendación.



SITUACIONES PROBLEMA	Necesidades (NE)	Recursos (RE)
ORGANIZACIÓN, RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES		
Estado de incertidumbre respecto a la situación provocada por la crisis del COVID-19.	NE1. Información actualizada y comprensible (evolución de la pandemia, situación general del centro más allá de COVID-19).	<u>RE1.</u> Información de logros y actuaciones realizadas. <u>RE2.</u> Involucrar a los profesionales en mensajes audiovisuales para transmitir información sobre pautas (p. ej. retirada correcta de EPI).
	NE2. Información sobre recursos humanos, suministros y equipos sanitarios disponibles.	<u>RE3.</u> Comunicado diario sobre la situación del centro.
	NE3. Visualizar coordinación, unidad de criterio, normalizar día a día pese a estar en el epicentro de la crisis.	<u>RE4.</u> Homogeneidad de la estructura de los mensajes corporativos. <u>RE5.</u> Enlace para coordinación con las contratas. <u>RE6.</u> Identificar y desmentir bulos e informaciones incorrectas.

SITUACIONES PROBLEMA	Necesidades (NE)	Recursos (RE)
Estar trabajando temporalmente en ámbitos asistenciales para las que no se ha recibido el entrenamiento oportuno bien por nueva contratación de personal o bien por traslado hacia ámbitos asistenciales de mayor complejidad lo que favorece inseguridad y estrés agudo .	NE4. Ofrecer seguridad a los profesionales recién incorporados y a profesionales movilizados de otros servicios.	RE7. <u>Briefings al inicio de turno con orientaciones para nuevas incorporaciones.</u> RE8. <u>Profesionales en aislamiento domiciliario como formadores y tutores a distancia de profesionales noveles.</u>
	NE5. Alivio y apoyo emocional a personal desbordado.	RE9. <u>Autoevaluación respuestas de estrés agudo.</u> RE10. <u>Toma de conciencia de la necesidad de afrontar la respuesta afectiva y aceptar apoyo.</u> RE11. <u>Teléfono directo de apoyo psicológico a profesionales sanitarios y de soporte por personal especializado.</u> RE12. <u>Tiempo de recuperación (descansos breves) durante la jornada.</u>
Cambios en las instrucciones sobre aspectos organizativos y sobre procedimientos, sumadas a inconsistencias en la cadena de mando motivadas por los rápidos cambios que suceden en todas las crisis.	NE2. Información sobre recursos humanos, suministros y equipos sanitarios disponibles.	RE3. <u>Comunicado diario sobre la situación del centro.</u>
	NE3. Visualizar coordinación, unidad de criterio, normalizar día a día pese a estar en el epicentro de la crisis.	RE4. <u>Homogeneidad de la estructura de los mensajes corporativos.</u> RE5. <u>Enlace para coordinación con las contratas.</u> RE6. <u>Identificar y desmentir bulos e informaciones incorrectas.</u>
	NE9. Reforzar capacidad de liderazgo de mandos.	RE17. <u>Tomar conciencia de las acciones que se espera sean llevadas a cabo por mandos intermedios. Liderazgo responsable.</u> RE18. <u>Fomentar liderazgo informativo, transparencia, realismo y mensajes positivos.</u>

SITUACIONES PROBLEMA	Necesidades (NE)	Recursos (RE)
Reducción del recurso humano, por las bajas de profesionales con exposiciones de riesgo, lo que obliga a prolongar jornadas, aumentar frecuencia de turnos y reducir los tiempos de descanso físico y mental. Sustituciones exprés por bajas de compañeros en aislamiento domiciliario o enfermar.	NE2. Información sobre recursos humanos, suministros y equipos sanitarios disponibles.	RE3. <u>Comunicado diario sobre la situación del centro.</u>
	NE5. Alivio y apoyo emocional a personal desbordado.	RE12. <u>Tiempo de recuperación (descansos breves) durante la jornada.</u>
	NE8. Profesionales en aislamiento en el hogar con sentimientos de impotencia por la situación en la que se encuentran sus compañeros.	R16. <u>Mantener contacto e informar de la situación en el centro. Acompañamiento institucional en la distancia. Facilitar reincorporación.</u>
Disolución de equipos de trabajo consolidados debido a la incorporación de nuevos profesionales, sobrecargando, aún más, a los profesionales de mayor experiencia.	NE3. Visualizar coordinación, unidad de criterio, normalizar día a día pese a estar en el epicentro de la crisis.	RE4. <u>Homogeneidad de la estructura de los mensajes corporativos.</u>
	NE4. Ofrecer seguridad a los profesionales recién incorporados y a profesionales movilizados de otros servicios.	RE7. <u>Briefings al inicio de turno con orientaciones para nuevas incorporaciones. Reforzar unidad de equipo.</u> RE8. <u>Profesionales en aislamiento domiciliario como formadores y tutores a distancia de profesionales noveles.</u>
	NE9. Reforzar capacidad de liderazgo de mandos.	RE17. <u>Tomar conciencia de las acciones que se espera sean llevadas a cabos por mandos intermedios. Liderazgo responsable.</u> RE18. <u>Fomentar liderazgo informativo, transparencia, realismo y mensajes positivos.</u>
Pacientes de otras patologías (no COVID-19) que no reciben la atención que hasta ahora recibían por nuevas prioridades asistenciales.	NE1. Información actualizada y comprensible (evolución de la pandemia, situación general del centro más allá de COVID-19).	RE1. <u>Información de logros y actuaciones realizadas.</u>

SITUACIONES PROBLEMA	Necesidades (NE)	Recursos (RE)
	NE3. Visualizar coordinación, unidad de criterio, normalizar día a día pese a estar en el epicentro de la crisis.	RE4. <u>Homogeneidad de la estructura de los mensajes corporativos.</u>
Conflictos en el equipo anteriores a la crisis que pueden aflorar ahora como consecuencia del reparto de tareas en situaciones extremas.	NE4. Ofrecer seguridad a los profesionales recién incorporados y a profesionales movilizados de otros servicios. Maduración del nuevos equipos para trabajo conjunto.	RE7. <u>Briefings al inicio de turno con orientaciones para nuevas incorporaciones. Reforzar unidad de equipo.</u>
FACTOR HUMANO		
Impotencia e irritabilidad al observar comportamientos imprudentes en pacientes y acompañantes (normalmente por desconocimiento) y fallos asistenciales (por cansancio, emociones negativas, etc.). Fallos involuntarios que pueden dar lugar a eventos adversos.	NE5. Alivio y apoyo emocional a personal desbordado.	RE9. <u>Autoevaluación respuestas de estrés agudo.</u> RE10. <u>Toma de conciencia de la necesidad de afrontar la respuesta afectiva y aceptar apoyo.</u> RE11. <u>Teléfono directo de apoyo psicológico a profesionales sanitarios y de soporte por personal especializado.</u> RE12. <u>Tiempo de recuperación (descansos breves) durante la jornada.</u>
Enfrentarse con la angustia del aislamiento estricto de los pacientes hospitalizados con COVID-19 y ver que algunos de ellos mueren en soledad.	NE6. Alivio y apoyo emocional a personal de servicios y unidades sometidos a estrés extremo.	RE13. <u>Defusing (presencial o a distancia) – Desactivar la Sobrecarga Emocional Antes de Terminar la Jornada para NO Llevarla a Casa y Fortalecerse para el Próximo Turno.</u>
ESTRESORES AMBIENTALES Y OTROS PROPIOS DE LA SITUACIÓN DE CRISIS		
Estar trabajando en una situación de especial riesgo biológico . Riesgo que puede suponer contagiar a pacientes, colegas y a los familiares	NE7. Recuperar a profesionales con dudas y miedos que les superan a raíz de una posible exposición o que sienten desbordados afectivamente.	RE14. <u>Derivación puntual a circuito de consejo individualizado para superar reacción de estrés agudo.</u>

SITUACIONES PROBLEMA	Necesidades (NE)	Recursos (RE)
con quienes se convive en el hogar.		<u>RE15. Concertar espacios de descanso para la recuperación de profesionales al finalizar el turno.</u>
Verse desbordados por momentos, de cada vez mayor duración, sin poder comentarlo con nadie , para no parecer débiles.	NE5. Alivio y apoyo emocional a personal desbordado.	<u>RE11. Teléfono directo de apoyo psicológico a profesionales sanitarios y de soporte por personal especializado.</u>
	NE6. Alivio y apoyo emocional a personal de servicios y unidades sometidos a estrés extremo.	<u>RE13. Defusing (presencial o a distancia) – Desactivar la Sobrecarga Emocional Antes de Terminar la Jornada para NO Llevarla a Casa y Fortalecerse para el Próximo Turno.</u>
	NE7. Recuperar a profesionales con dudas y miedos que les superan a raíz de una posible exposición o que sienten desbordados afectivamente.	<u>RE15. Concertar espacios de descanso para la recuperación de profesionales al finalizar el turno.</u>
No tener un horizonte claro de hasta cuando “durará esto”.	NE1. Información actualizada y comprensible (evolución de la pandemia, situación general del centro más allá de COVID-19).	<u>RE1. Información de logros y actuaciones realizadas.</u>
	NE2. Información sobre recursos humanos, suministros y equipos sanitarios disponibles.	<u>RE3. Comunicado diario sobre la situación del centro.</u>
	NE5. Alivio y apoyo emocional a personal desbordado.	<u>RE9. Autoevaluación respuestas de estrés agudo.</u> <u>RE10. Toma de conciencia de la necesidad de afrontar la respuesta afectiva y aceptar apoyo.</u>
REACCIONES DE MIEDO O PÁNICO		
Miedo al conocer que algún compañero pasa a situación de vigilancia pasiva o aislamiento domiciliario .	NE7. Recuperar a profesionales con dudas y miedos que les superan a raíz de una posible exposición o que sienten desbordados afectivamente.	<u>RE14. Derivación puntual a circuito de consejo individualizado para superar reacción de estrés agudo.</u>

SITUACIONES PROBLEMA	Necesidades (NE)	Recursos (RE)
Miedo a contagiar a la familia y/o entorno cercano.		
TOMA DE DECISIONES CRÍTICAS RELATIVAS A CUESTIONES ASISTENCIALES		
Verse en la obligación de aplicar sistemas de Triage y tomar decisiones reservadas a situaciones de grandes catástrofes con alto componente de elección ética .	NE5. Alivio y apoyo emocional a personal desbordado.	<u>RE9. Autoevaluación respuestas de estrés agudo.</u> <u>RE10. Toma de conciencia de la necesidad de afrontar la respuesta afectiva y aceptar apoyo.</u> <u>RE11. Teléfono directo de apoyo psicológico a profesionales sanitarios y de soporte por personal especializado.</u>
	NE6. Alivio y apoyo emocional a personal de servicios y unidades sometidos a estrés extremo.	<u>RE13. Defusing (presencial o a distancia) – Desactivar la Sobrecarga Emocional Antes de Terminar la Jornada para NO Llevarla a Casa y Fortalecerse para el Próximo Turno.</u> <u>RE15. Concertar espacios de descanso para la recuperación de profesionales al finalizar el turno.</u>
	NE9. Reforzar capacidad de liderazgo de mandos.	<u>RE18. Fomentar liderazgo informativo, transparencia, realismo y mensajes positivos.</u>
POST-CRISIS		
Post-crisis	N10. Gestionar la Post-crisis tomando, ahora sí, la iniciativa para no seguir detrás del SARS-CoV-2.	<u>RE19. Planificar el volumen de actividad asistencial demorada. Paliar el previsible impacto en profesionales sanitarios y de apoyo a la labor asistencial de esta sobrecarga física y mental.</u>

Anexo II. Recomendaciones de triaje durante la epidemia de COVID-19 para decisiones sobre inicio de maniobras de reanimación cardiopulmonar y medidas de soporte vital avanzado, Hospital Universitario Fundación Alcorcón

	RECOMENDACIONES DE TRIAJE DURANTE LA EPIDEMIA DE COVID-19 PARA DECISIONES SOBRE INICIO DE MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y MEDIDAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO	Código	DAS-PR-007
		Versión	01.0
		Fecha vigor	19/03/2020
		Página	1 de 11

APROBACIÓN

Elaborado:	Revisado:	Visto Bueno:
Nombre: ANEXO I	Nombre: Castilla Castellano, Virgilio	Nombre: Garrido Martín, Modoaldo
Puesto:	Puesto: Director Asistencial	Puesto: Director Gerente
Firma:	Firma:	Firma:

REGISTRO DE CAMBIOS

Versión	Fecha aprobación	Fecha estimada próxima revisión	Razón del cambio
01.0	19/03/2020	19/03/2025	Edición inicial

DOCUMENTOS RELACIONADOS

--

NORMA Y PUNTO DE REFERENCIA

Punto de la Norma ISO 9001:2015: ➤ 8.1 Planificación y control operacional ➤ 8.3 Diseño y desarrollo de los productos y servicios
--

	RECOMENDACIONES DE TRIAJE DURANTE LA EPIDEMIA DE COVID- 19 PARA DECISIONES SOBRE INICIO DE MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y MEDIDAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO	Código	DAS-PR-007
		Versión	01.0
		Fecha vigor	19/03/2020
		Página	2 de 11

ÍNDICE

1.	JUSTIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES	46
2.	PALABRAS CLAVE	46
3.	OBJETIVOS, DEFINICIONES Y ALCANCE	46
3.1.	OBJETIVOS DE LAS RECOMENDACIONES	46
3.2.	ACLARACIONES CONCEPTUALES	46
3.2.1.	TRIAJE	46
3.2.2.	LIMITACIÓN DE LOS ESFUERZOS TERAPÉUTICOS	47
4.	PRINCIPIOS GENERALES	47
5.	RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	48
6.	RECOMENDACIONES DE TRIAJE SOBRE LAS MEDIDAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO	48
6.1.	PRIMER PASO: OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS	48
6.2.	SEGUNDO PASO: DECISIÓN DE TRIAJE	48
7.	PROCEDIMIENTO DEL TRIAJE	50
8.	OBSERVACIONES	50
9.	REGISTROS	51
10.	EVALUACIÓN E INDICADORES	51
11.	ACTUALIZACIÓN	51
12.	BIBLIOGRAFÍA	51
13.	CONTROL DE CAMBIOS	51
14.	ANEXOS	52
14.1.	ANEXO I. AUTORES	52
14.2.	ANEXO II. ÍNDICES	53

	RECOMENDACIONES DE TRIAJE DURANTE LA EPIDEMIA DE COVID-19 PARA DECISIONES SOBRE INICIO DE MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y MEDIDAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO	Código	DAS-PR-007
		Versión	01.0
		Fecha vigor	19/03/2020
		Página	3 de 11

1. JUSTIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

En el momento actual de la epidemia por coronavirus, el número de casos de pacientes con Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) CoV-2 (COVID-19) está creciendo de manera alarmante y genera un riesgo real de sobrecarga asistencial en el sistema sanitario. La COVID-19 cumple las características previstas como desastre sanitario: aquella situación en la que los efectos destructivos de un evento superan la capacidad de un área o comunidad para atender a las necesidades de atención sanitaria de sus habitantes.

Las previsiones estimadas para los próximos días y semanas señalan un aumento del número de casos de insuficiencia respiratoria grave, lo que amenaza con generar un desequilibrio entre las necesidades clínicas de medidas de soporte vital avanzado (SVA) y la disponibilidad efectiva de recursos para el SVA. La similitud de nuestra realidad con la de las recientes experiencias internacionales comunicadas (China, Italia) hace inaceptable el no preparar unas recomendaciones que ayuden a priorizar la asistencia ante posibles situaciones de recursos limitados.

Si, por tanto, produce un desequilibrio real entre las necesidades de SVA y los recursos disponibles, es necesario contar con criterios éticos y clínicos que permitan tomar las decisiones inevitables de triaje de forma racional y argumentada. Por tanto, debido a lo extraordinario de la situación actual (desequilibrio extremo entre demanda y disponibilidad de recursos de cuidados intensivos), es una **obligación ética** establecer criterios de justicia distributiva para que las decisiones de triaje no respondan a criterios aleatorios o improvisados: realizar estas recomendaciones no es una opción, es una obligación ética.

2. PALABRAS CLAVE

COVID-19, triaje, ética asistencial, soporte vital avanzado, orden de no RCP.

3. OBJETIVOS, DEFINICIONES Y ALCANCE

3.1. OBJETIVOS DE LAS RECOMENDACIONES

Las recomendaciones tienen como **objetivo principal** ayudar a los clínicos a tomar decisiones inevitables de triaje sobre las medidas de SVA y las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) durante la epidemia de coronavirus en base a criterios clínicos y éticos.

Otros objetivos de las recomendaciones son:

- 1) intentar garantizar que la **práctica clínica realizada en el hospital sea de la máxima calidad** de acuerdo con los recursos disponibles,
- 2) **disminuir la incertidumbre** en la toma de decisiones, algo que no se podrá eliminar por completo,
- 3) **apoyar a los clínicos** en la toma de decisiones, aliviándoles de una parte de la responsabilidad, ya que tomar decisiones de triaje es muy difícil y emocionalmente gravoso para todos los implicados.

3.2. ACLARACIONES CONCEPTUALES

Antes de realizar las recomendaciones, es conveniente diferenciar entre la *limitación de los esfuerzos terapéuticos* (o del soporte vital, LET), que se realiza cuando la tecnología médica puede ser perjudicial para un enfermo en mala situación clínica, por lo que se retira o no se inicia dicha tecnología por considerarse fútil, y el *triaje*, que se realiza cuando no hay recursos para todos y hay que elegir quién los va a aprovechar mejor. Este último es el problema grave al que podemos llegar a enfrentarnos en la epidemia de coronavirus y no al de la LET (que no dejará de ser un problema cotidiano en las UCI y en las plantas).

3.2.1. TRIAJE

- Los procesos de triaje se encargan de valorar y clasificar a los pacientes para determinar la prioridad de su atención y la localización más apropiada para su tratamiento.
 - El triaje consiste en garantizar que cada paciente, en función de los recursos disponibles, reciba el tratamiento correcto en el menor tiempo posible.

	RECOMENDACIONES DE TRIAJE DURANTE LA EPIDEMIA DE COVID- 19 PARA DECISIONES SOBRE INICIO DE MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y MEDIDAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO	Código	DAS-PR-007
		Versión	01.0
		Fecha vigor	19/03/2020
		Página	4 de 11

- Generalmente el concepto se aplica a los cuidados de urgencia y emergencia (grandes catástrofes, escasez de camas de UCI, etcétera), pero el triaje también se realiza en situaciones como los trasplantes y otras situaciones en las que recursos son escasos.

3.2.2. LIMITACIÓN DE LOS ESFUERZOS TERAPÉUTICOS

- Consiste en no aplicar medidas desproporcionadas ni fútiles en pacientes con mal pronóstico vital y/o con mala calidad de vida.
 - Se entiende por medida desproporcionada aquella con un balance inadecuado entre costes-cargas y beneficios para el enfermo. Una medida desproporcionada no ofrecería un beneficio relevante al paciente y le produciría un daño o carga proporcionalmente superior.
 - Existen dos posibilidades ante una decisión de limitación de los esfuerzos terapéuticos: no iniciar una medida (*withholding*) o retirar una medida previamente instaurada (*withdrawing*).
 - Hay autores que prefieren el término adecuación en lugar de limitación, pero en realidad todo tratamiento debe ser adecuado (no solo en estos casos) y realmente se realiza una limitación (justificada) de la tecnología médica.
 - La forma de limitación más habitual en los entornos hospitalarios es la orden de no RCP. Otra forma es la limitación del SVA, que puede realizarse no iniciándolo y retirándolo.

4. PRINCIPIOS GENERALES

1. **Excepcionalidad:** Las decisiones de triaje se dan en situaciones excepcionales y en este caso podrían estar justificadas por el contexto epidemiológico actual y la carencia de recursos en cuidados intensivos.
2. **Transparencia y publicidad:** Los criterios para realizar triaje deben ser transparentes, públicos y tan compartidos como sea posible. El proceso de realizar triaje incumbe a toda la sociedad: ante la escasez de recursos sanitarios se debe realizar un uso racional de los recursos para que se pueda beneficiar de ellos el mayor número de personas posible.
3. **Confianza:** La transparencia y la racionalidad de los criterios favorece la confianza entre los profesionales sanitarios, la confianza de los afectados por las decisiones de triaje (pacientes y allegados) en los profesionales y la de la sociedad en el sistema sanitario.
4. **Equidad:** Las decisiones de triaje durante la epidemia deben ser aplicables a todos los pacientes que puedan requerir cuidados intensivos, no solo a los pacientes con COVID-19. Se trata de buscar criterios de justicia distributiva (apropiados a los recursos asistenciales limitados), equitativos y aplicables a todo paciente que pueda requerir SVA.
5. **Mayor beneficio para el mayor número de pacientes:** Con las recomendaciones se pretende beneficiar al mayor número posible de pacientes. Se buscarán, por tanto, los criterios clínicos que permitan establecer cómo se puede obtener el mayor beneficio para el mayor número de pacientes. Esto supone:
 - A. Detectar qué pacientes tienen mejor pronóstico si se les aplica el SVA, es decir, quiénes tienen mayor probabilidad de beneficiarse de la terapia intensiva (mayor probabilidad de supervivencia);
 - B. Considerar, además, quiénes lo van a hacer en el menor tiempo, para que otros pacientes que necesiten SVA también puedan disponer del recurso. La neumonía intersticial con hipoxemia grave asociada a COVID-19 es potencialmente reversible, pero puede requerir soporte ventilatorio durante muchos días.

Se trata, por tanto, de identificar a aquellos pacientes que combinen un pronóstico más favorable derivado del SVA y que además la recuperación sea alcanzable en el menor plazo de tiempo para que otros pacientes puedan recibir SVA.
6. **Flexibilidad y temporalidad:** Estas recomendaciones no deben ser tomadas como criterios rígidos, sino como guías para la toma de decisiones, por lo que:
 - Deben ser interpretadas en cada situación concreta, lo que puede llevar en ocasiones a que se puedan flexibilizar los criterios;
 - Son susceptibles de revisión en función de la experiencia y de la evolución de la epidemia.

	RECOMENDACIONES DE TRIAJE DURANTE LA EPIDEMIA DE COVID-19 PARA DECISIONES SOBRE INICIO DE MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y MEDIDAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO	Código	DAS-PR-007
		Versión	01.0
		Fecha vigor	19/03/2020
		Página	5 de 11

4.1. ALCANCE

Pacientes atendidos en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

5. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

5.1. RECURSOS HUMANOS

Médicos y Enfermeras.

5.2. RECURSOS MATERIALES

Sala de reunión para el Comité.

6. RECOMENDACIONES DE TRIAJE SOBRE LAS MEDIDAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO

6.1. PRIMER PASO: OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS

La aplicación de los criterios de triaje es justificable solo después de haber hecho todos los esfuerzos posibles para aumentar la disponibilidad de los recursos disponibles (en particular, de las camas de cuidados intensivos), incluida la posibilidad de traslado de los pacientes a otros centros con mayor disponibilidad de camas de UCI. Por ello es prioritario realizar una estrategia que permita encontrar lo más eficazmente los recursos necesarios, de forma que su escasez produzca el mínimo impacto posible.

6.1.1. RECOMENDACIONES

- **Solicitar cuanto antes los medios** materiales y humanos de SVA que se consideren necesarios.
- **Asegurar la disponibilidad** de todos los servicios del hospital que puedan ofrecer SVA: Reanimación, Unidad Coronaria,... además de crear nuevas áreas donde se puedan prestar cuidados intensivos.
- **Asegurar el mantenimiento** de todos los servicios disponibles.
- **Formación del personal** sanitario para valorar a los pacientes, en el triaje y en las terapias alternativas al SVA (ventilación no invasiva, etcétera).
- **Si en el centro no hay suficientes camas en UCI**, se debe organizar el traslado de los pacientes que necesiten SVA a otros centros. La decisión sobre qué pacientes se trasladan debe ser tomada por los intensivistas y estar fundamentada en criterios clínicos. Para ello es esencial la comunicación continua con la coordinadora regional de UCI (y nacional si es preciso), de forma que la organización de las camas de UCI entre hospitales se planifique adecuadamente.
- Se deben **revisar diariamente los recursos disponibles**, tanto en el hospital como en otros centros de la Comunidad de Madrid (públicos, privados, militares) y las de provincias cercanas.

Estas medidas son fundamentales y deberían llevar a la inmensa mayoría de los casos a poder ofrecer a los pacientes el tratamiento que necesitan.

6.2. SEGUNDO PASO: DECISIÓN DE TRIAJE

- 1) La decisión debe ser tomada por **al menos dos personas** que (idealmente) no sean los cuidadores de los pacientes afectados, de forma que se argumente la decisión de triaje de manera **objetiva**. Los profesionales responsables de tomar la decisión tienen que contar con toda la información necesaria para tomar la mejor decisión: aspectos clínicos, contexto, preferencias y valores de los implicados, recursos disponibles.
- 2) En primer lugar hay que **descartar a aquellos pacientes que, por sus características, no sean candidatos a UCI**.
 - Pacientes no con candidatos a UCI por sus características clínicas (no se beneficiarían de la terapia intensiva).
 - ✓ Por su situación basal y funcional.

	RECOMENDACIONES DE TRIAJE DURANTE LA EPIDEMIA DE COVID- 19 PARA DECISIONES SOBRE INICIO DE MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y MEDIDAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO	Código	DAS-PR-007
		Versión	01.0
		Fecha vigor	19/03/2020
		Página	6 de 11

- ✓ Por sus comorbilidades.
 - Pacientes que, tras ser informados adecuadamente, rechazan voluntaria y libremente el ingreso en UCI, bien de forma expresa o través de unas instrucciones previas.
- 3) **Valoración precoz de los enfermos:** Para evitar que la decisión de triaje se tome apresuradamente, es recomendable valorar a los pacientes de forma anticipada. Para ello se precisa una comunicación continua y fluida entre el equipo de planta y los médicos intensivistas.
- 4) **Establecer, de la forma más objetiva posible, qué pacientes se pueden beneficiar más del SVA (y en el menor tiempo) en base a criterios clínicos:** 1) esperanza de vida (según comorbilidades y edad); 2) la situación funcional del paciente (íntimamente relacionada con la calidad de vida); 3) las posibilidades de supervivencia/recuperación en función de la gravedad.
- Existen numerosas escalas validadas para valorar estas cuestiones, pero por su sencillez y por la amplia experiencia que hay en su aplicación, es aconsejable usar (ANEXO):
- Índice de Comorbilidad de Charlson modificado: Evalúa la esperanza de vida a los diez años en función de la edad y de las comorbilidades. Consta de 19 ítems que influyen en la esperanza de vida: ausencia de comorbilidad: 0-1, comorbilidad baja: 2 y alta > 3.
 - Índice de Barthel para la valoración funcional: Cuanto más cerca esté a 0, mayor será su dependencia; <20 Dependencia total, 21-60 Dependencia severa, 61-90 Dependencia moderada; 91-99 Dependencia leve; 100 Independencia (puede hacer sus actividades diarias de autocuidado sin ayuda).
 - Probabilidad de supervivencia (recuperación) del proceso agudo en función de la situación clínica (severidad/gravedad) actual: Antes del ingreso en UCI no hay escalas validadas; algunos autores han propuesto la Escala APACHEII, pero no está validada para usarla antes del ingreso en UCI, sino a las 24h del ingreso en UCI.
- 5) **Edad:** En muchas situaciones de triaje se plantea la necesidad de establecer una edad para limitar los recursos, argumentando que las personas más jóvenes no han tenido la oportunidad de desarrollar un proyecto vital completo y que, además, si un paciente joven se recupera del proceso agudo podrá vivir más años. Aunque la edad no es un criterio unívoco, **en todos los casos se incorporará la edad como uno de los criterios para tomar decisiones** y, por ejemplo, en el **Índice de Charlson** la edad es una de las variables que más puntúa (por cada década por encima de los 50 años se va añadiendo un punto). Numerosos estudios muestran cómo edades extremas (pacientes mayores de 85 o de 90 años) se asocian a más comorbilidades y peor situación funcional, por lo que es habitual que los pacientes por encima de los 80 años puntúen alto en los índices. De acuerdo con la experiencia de otros países, en los casos de neumonía vírica grave, la ventilación artificial prolongada es difícilmente superable en situaciones de fragilidad clínica y de ancianidad. En la mayoría de los casos, este tratamiento puede provocar situaciones de obstinación terapéutica, agravadas por la pérdida de oportunidad de utilización del recurso ventilación artificial para otros pacientes con mayor probabilidad de supervivencia en una situación de grave desproporción de necesidad y disponibilidad de medios. Por ello, junto a los índices de comorbilidad y funcionalidad, si resulta inevitable tener que realizar un triaje que incluya la edad, se debería dar prioridad a los pacientes más jóvenes. Con ello no se pretende reflejar juicios de valor sobre la calidad de vida o el valor de la vida de los pacientes más añosos, sino reservar recursos potencialmente escasísimos de SVA para aquellos pacientes con más posibilidades de supervivencia y, secundariamente, más años de vida salvada.
- 6) El **paciente que no ingrese en UCI** será tratado con los máximos estándares de calidad en planta, según consideren los médicos responsables del enfermo, bien optimizando la terapia activa en planta o realizando un manejo prioritariamente sintomático. Si en esta valoración individualizada se considera necesario, puede reconsiderarse más adelante el ingreso en UCI, entrando de nuevo en una valoración equitativa con el resto de candidatos a SVA.
- 7) La **comunicación** de todo el proceso de toma de decisiones con el paciente y sus allegados debe ser lo más clara y delicada que sea posible. Este esfuerzo comunicativo debe extremarse también al resto del equipo asistencial implicado en los cuidados del enfermo: médicos asistenciales, enfermería y auxiliares.
- 8) Las decisiones sobre las medidas de SVA o sobre las maniobras de RCP deben quedar claramente documentadas en la **historia clínica**.

	RECOMENDACIONES DE TRIAJE DURANTE LA EPIDEMIA DE COVID-19 PARA DECISIONES SOBRE INICIO DE MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y MEDIDAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO	Código	DAS-PR-007
		Versión	01.0
		Fecha vigor	19/03/2020
		Página	7 de 11

7. PROCEDIMIENTO DEL TRIAJE

- Cada día el **equipo de COVID-19** actualiza un listado de pacientes que pueden precisar cuidados intensivos en las próximas horas o días. Este listado será trasladado a la UCI y al Comité de Triage del hospital.
- Una vez analizada por parte de Cuidados Intensivos la **disponibilidad real de camas** (estudiados los recursos del hospital y las posibilidades de traslado), se determinarán: 1) las camas disponibles y 2) las necesidades previsibles.
- El **Comité de Triage** del hospital se reunirá diariamente. Este comité estará formado por: un médico del Grupo de trabajo *ad hoc* del CEAS, un miembro de la UCI, un miembro de la Unidad de Anestesiología y Reanimación y un miembro del Equipo COVID-19 (enfermedades infecciosas/MI). Aunque será preferible que haya cuatro miembros del Comité, para tomar decisiones tiene que haber **al menos dos miembros** del Comité.
- La **función del Comité** será determinar qué pacientes son los que se podrán beneficiar más de terapia intensiva. Funcionará, por tanto, como comité asesor para interpretar los criterios de triaje de acuerdo a la situación concreta del hospital (necesidades y recursos).
- Las **decisiones del Comité** de Triage serán tomadas de acuerdo a los siguientes criterios:

SITUACIÓN PREVIA:

- Esperanza de vida a los diez años en función de la edad y de las comorbilidades (índice de Comorbilidad de Charlson modificado).
- Situación funcional y calidad de vida previa del paciente (índice de Barthel para la valoración funcional).

SITUACIÓN ACTUAL:

- Probabilidad de supervivencia (recuperación) del proceso agudo en función de la situación clínica (severidad/gravedad) actual. Para esto algunos autores han propuesto la Escala APACHEII, pero esta escala no está validada para usarla antes del ingreso en UCI, sino a las 24h de su ingreso en UCI.

En situaciones extremas, ante casos similares (por esperanza de vida y situación funcional) se considerará además la edad, dando prioridad a los pacientes con más años de vida salvada.

- El funcionamiento diario del **Comité** (hora de reunión, lugar, etc.) será establecido por los propios miembros del Comité.
- Las decisiones de triaje que tome el **Comité de Triage** serán comunicadas con premura a los médicos implicados en los casos (clínicos de planta e intensivistas), para que puedan organizar las tareas asistenciales y comunicativas de la mejor manera.
- En caso de **urgencia**, si no existe la posibilidad de que se reúna el Comité de Triage, los médicos intensivistas y de planta responsables de tomar la decisión de triaje deberán interpretar los criterios de acuerdo a la situación concreta a la que se enfrenten.
- La decisión de triaje debe ser registrada de forma argumentada en la **historia clínica**.
- La **comunicación** de la decisión, tanto al paciente como a los allegados implicados, debe realizarse con la máxima profesionalidad y delicadeza.
- Es aconsejable que los profesionales implicados en las decisiones de triaje cuenten con **apoyo emocional y psicológico** por parte de la institución. Las decisiones de triaje son emocionalmente muy gravosas para los responsables de tomarlas.

8. OBSERVACIONES

	RECOMENDACIONES DE TRIAJE DURANTE LA EPIDEMIA DE COVID-19 PARA DECISIONES SOBRE INICIO DE MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y MEDIDAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO	Código	DAS-PR-007
		Versión	01.0
		Fecha vigor	19/03/2020
		Página	8 de 11

Puede contener información adicional necesaria para la comprensión del protocolo, procedimiento, guía de práctica clínica. Debe incluir una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan las mismas.

9. REGISTROS

Historia Clínica Electrónica.

10. EVALUACIÓN E INDICADORES

Número de sesiones del Comité y de pacientes evaluados.

11. ACTUALIZACIÓN

No aplica.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Iserson KV, Moskop JC. Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. *Ann Emerg Med.* 2007;49:275-81.
2. Cruess RL, Cruess SR. Expectations and obligations: professionalism and medicine's social contract with society. *Perspectives in Biology and Medicine.* 2008;51:579-98.
3. Kain T, Fowler R. Preparing intensive care for the next pandemic influenza. *Crit Care.* 2019; 23:337
4. Herreros B, Moreno-Milán B, Pacheco-Jimenez E, Real de Asúa D, Roa-Castellanos RA, Valenti E. Terminología en bioética clínica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015;53:750-61.
5. Sociedad Italiana de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Terapia Intensiva. Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili. 06.03.2020.
6. Accesible en: <http://www.siaarti.it/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI.aspx>
7. Servicio de interconsulta de ética clínica. Hospital La Princesa. Propuesta de protocolo de triaje para decisiones sobre el inicio de maniobras de reanimación cardiopulmonar y de medidas de soporte vital avanzado durante la epidemia de COVID19. CEAS y grupo de trabajo *ad hoc*, 13/03/2020.
8. Departamento de Bioética Clínica Hospital Universitario Infanta Elena. Consideraciones éticas del Departamento de Bioética Clínica del Hospital Universitario Infanta Elena acerca del manejo de pacientes que puedan precisar asistencia en unidades de cuidados intensivos; 10/03/2020
9. Sterba JP. Justice 1995. En: *Encyclopedia of bioethics*, 3ª Edición. Gerrard S. Thomson-Gale 2004. Vol 3, 1354-1360.
10. Cameron PA, Gabbe BJ, Smith K, Miltra B. Triage the right patient to the right place in the shortest time. *Br J Anaesth.* 2014;113:226-33.
11. Whitaker P. Resource allocation: a plea for a touch of realism. *J Med Ethics.* 1990;16:129-31.
12. Lautrette, Alexandre et al. A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. *N Engl J Med* 2007; 356:469-478.
13. Levin, Tommer et al. End-of-life communication in the intensive care unit. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010 Jul-Aug; 32(4):433-42.
14. White et al. Who Should Receive Life Support During a Public Health Emergency? Using Ethical Principles to Improve Allocation Decisions. *Ann Intern Med.* 2009 January 20; 150(2): 132-138.
15. Christian MD, et al. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *CMAJ*, November 21, 2006 175(11)
16. Hick JL. Duty to Plan: Health Care, Crisis Standards of Care, and Novel Coronavirus SARS-CoV-2. *Perspectives | Expert Voices in Health & Health Care*, March 5, 2020

13. CONTROL DE CAMBIOS

Versión 1.0 Edición inicial

	RECOMENDACIONES DE TRIAJE DURANTE LA EPIDEMIA DE COVID-19 PARA DECISIONES SOBRE INICIO DE MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y MEDIDAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO	Código	DAS-PR-007
		Versión	01.0
		Fecha vigor	19/03/2020
		Página	9 de 11

14. ANEXOS

14.1. ANEXO I. AUTORES

Las recomendaciones expresadas en este documento son reflejo de un **consenso multidisciplinar** amplio. Para su elaboración se ha contado con la colaboración del Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria (y del Grupo de trabajo creado *ad hoc*), de la Unidad de Cuidados Intensivos, de la Unidad de Anestesiología y Reanimación, del Equipo COVID-19 (enfermedades infecciosas) y de la Dirección asistencial.

➤ **Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria y Grupo de trabajo *ad hoc*.**

- ✓ Benjamín Herreros. Presidente del CEAS.
- ✓ Gregorio Palacios. Vicepresidente del CEAS.
- ✓ Alicia Hurtado. Secretaria 2 del CEAS.
- ✓ Alberto Hernández. Vocal del CEAS.

➤ **Unidad de Cuidados Intensivos.**

- ✓ Alejandro Algara. Jefe de Unidad.
- ✓ Rafael Ruiz de Luna. Unidad de Cuidados Intensivos.

➤ **Unidad de Anestesiología y Reanimación.**

- ✓ Teresa Delgado. Unidad de Anestesiología y Reanimación.

➤ **Equipo COVID (Infecciosas-Medicina Interna)**

- ✓ Leonor Moreno. Unidad de medicina interna.
- ✓ María Velasco. Directora de la Unidad de Investigación.
- ✓ Isabel González. Jefa de Unidad. Medicina Interna.

➤ **Dirección Asistencial.**

- ✓ Virgilio Castilla. Director Asistencial.

	RECOMENDACIONES DE TRIAJE DURANTE LA EPIDEMIA DE COVID- 19 PARA DECISIONES SOBRE INICIO DE MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y MEDIDAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO	Código	DAS-PR-007
		Versión	01.0
		Fecha vigor	19/03/2020
		Página	10 de 11

14.2. ANEXO II: ÍNDICES DE COMORBILIDAD DE CHARLSON Y DE BARTHEL PARA LA VALORACIÓN FUNCIONAL

14.2.1. ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON MODIFICADO (EVALUACIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA A LOS DIEZ AÑOS EN FUNCIÓN DE LA EDAD Y DE LAS COMORBILIDADES)

Edad del enfermo	*
Infarto de miocardio	1
Insuficiencia cardíaca congestiva	1
Enfermedad vascular periférica	1
Enfermedad cerebrovascular	1
Demencia	1
Enfermedad Pulmonar Crónica	1
Patología del tejido Conectivo	1
Enfermedad ulcerosa	1
Patología hepática ligera	2
Patología hepática moderada o grave	3
Diabetes	1
Diabetes con lesión orgánica	2
Hemiplejía	2
Patología renal (moderada o grave)	2
Neoplasias	6
Leucemias	2
Linfomas malignos	2
Metástasis Sólida	6
SIDA	6
Puntuación CCI	
Supervivencia estimada a los 10 años (%)	

* Por cada década por encima de los 50 años se va añadiendo un punto.

	RECOMENDACIONES DE TRIAJE DURANTE LA EPIDEMIA DE COVID- 19 PARA DECISIONES SOBRE INICIO DE MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y MEDIDAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO	Código	DAS-PR-007
		Versión	01.0
		Fecha vigor	19/03/2020
		Página	11 de 11

14.2.2. ÍNDICE DE BARTHEL PARA LA VALORACIÓN FUNCIONAL

Actividad	Descripción	
Aseo personal	1. Dependiente	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Comer	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (capaz de usar cualquier instrumento)	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Dependiente, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10

Puntuación	Clasificación
<20	Dependencia total
21 – 60	Dependencia severa
61 – 90	Dependencia moderada
91 – 99	Dependencia leve
100	Independencia

Anexo III. Protocolo para el manejo del fallecimiento de pacientes con COVID-19 en aislamiento



**CONSEJOS PARA EL MANEJO DE LA MUERTE DE PACIENTES
CON COVID-19 EN AISLAMIENTO EN LOS HOSPITALES**

PARA PROFESIONALES SANITARIOS

Los sanitarios estamos acostumbrados a desenvolvemos en situaciones de tensión, asumiendo en ocasiones desenlaces fatales o traumáticos, que nos colocan en una posición de dadores de malas noticias. Pero, en la mayoría de los casos, no se trata de nuestra labor principal, y el poder centrarnos en nuestra parte asistencial más técnica nos permite llevarla a cabo con mayor éxito.

La situación pandémica actual nos expone a una situación laboral de alto estrés, en la que la incidencia de los casos parece imparable y el porcentaje de fallecimientos, a pesar de todos los esfuerzos curativos, no es nada desdeñable. Uno de los grandes sufrimientos de esta crisis es la situación de pacientes que fallecen en aislamiento (morir en soledad), sin contacto con familiares o personas de referencia, sin capacidad para despedirse o encontrar un apoyo en el momento más crítico de nuestra existencia. Estas situaciones están movilizand a los equipos sanitarios que, ante el elevado sufrimiento emocional, intentan personalmente acompañar o encontrar vías de comunicación puntuales para aliviar el dolor a enfermos y familiares. Sin embargo, encontramos que este sobreesfuerzo les coloca en una posición de tensión emocional añadida que puede ser difícil de autogestionar.

Es sumamente complejo abordar este problema y encontrar la fórmula para facilitar el duelo de los supervivientes y proteger a los profesionales de esta exposición que puede ser emocionalmente devastadora.

En algunos hospitales que cuentan con unidades de Salud Mental, estos profesionales han empezado a realizar una labor de apoyo a los diferentes servicios médicos para facilitar a nivel emocional las despedidas entre el paciente y sus familiares y ofrecer apoyo psicológico a los profesionales que inevitablemente son partícipes y viven con impotencia estas dramáticas situaciones.

En el caso de no poder contar con especialistas de Salud Mental que sostengan las situaciones descritas, hemos elaborado una serie de herramientas para profesionales no habituados en el manejo de crisis emocionales/duelo:

- A. Pautas para el apoyo emocional ante la crisis.
- B. Diseño de una vía de encuentro familiar y despedida.
- C. Material de soporte para seres queridos.

A. Pautas de apoyo emocional ante la crisis

Garantizar cierta intimidad y privacidad digna.

1. Utilizar cortesías simples que faciliten el encuentro interpersonal.
2. Facilitar la expresión emocional, permitir el llanto.
3. No tener miedo a responder con claridad las preguntas que nos formulen.
4. Saber mantenerse en silencio y sostener el dolor.
5. Mostrar una aceptación incondicional, sin emitir juicios de valor.
6. Garantizar la confidencialidad.

B. Diseño de una vía de encuentro familiar y despedida

Para llevar a cabo este diseño, se necesita identificar a uno o varios miembros del equipo médico habitual que serían los que asumirían la función de informar y acompañar a los familiares.

Contamos con una rápida evolución de las complicaciones orgánicas de los pacientes infectados por COVID-19 y con tiempos cortos para poder conseguir nuestro objetivo, por lo que debe haber un contacto constante con el equipo médico, con información actualizada sobre el número de casos en estado crítico, las características clínicas de cada paciente y el tiempo estimado de supervivencia. En función de estos datos, se identificarán los casos y estos serán priorizados por gravedad clínica.

Después de que los allegados reciban la información médica y sean conscientes del estado de gravedad y pronóstico, el profesional responsable de la intervención emocional entrará en contacto con ellos. Se realizará de manera presencial, solo si es posible y en las condiciones apropiadas, y, en caso contrario, por vía telefónica. En este contacto se presentará como miembro del equipo médico y ofrecerá la posibilidad de actuar como intermediario emocional para hacer llegar mensajes o información al paciente, asegurando la recepción de los mismos y la máxima confidencialidad.

Proponemos distintas vías de comunicación:

- Si los allegados están en el centro hospitalario: Dado que el margen temporal es limitado, se puede recurrir a una grabadora de voz, tableta, teléfono móvil o dispositivo similar que permita generar un mensaje que el paciente pueda escuchar. Una vez generada, el profesional se encargará de hacérsela llegar al paciente, confirmando posteriormente a los allegados la recepción del mensaje.
- Consideramos que el uso de dispositivos con videollamada puede ser interesante en pacientes en aislamiento con un nivel de gravedad inferior, pero en circunstancias premortem la situación clínica del paciente no permite el feedback y pueden darse imágenes muy invasivas a nivel técnico que sean difíciles de gestionar para sus seres queridos.

- Otra posibilidad, a elección de los familiares, es generar un escrito de despedida. Se les ofrecerá como alternativa a la grabación, dotándolos del material necesario. No todas las personas tenemos las mismas habilidades de expresión, ni los vínculos con el enfermo son similares por lo que es una alternativa con menor implicación emocional que puede ser válida como despedida en algunos escenarios. El profesional responsable se encargará de recogerla, asegurando del mismo modo su lectura al paciente y la confirmación posterior a los allegados.
- Si los seres queridos no se encuentran en el centro hospitalario, del mismo modo tras ser informados médicamente del estado del paciente se contactará con ellos telefónicamente. Se ofrecerá la posibilidad de enviar a un mail diseñado específicamente para esta labor tanto una grabación de audio como un escrito de despedida, a elección personal. En el asunto del mensaje debe ir identificado el nombre del paciente. El profesional responsable asegurará la confidencialidad de la información, garantizará la recepción y llegada del mensaje al enfermo, y posteriormente contactará telefónicamente de nuevo con los familiares para asegurar la finalización de la actividad.

Es previsible que la familia pregunte si es posible, de alguna manera, entrar a la habitación o si es posible que algún profesional sanitario tenga contacto directo con el paciente. Hay que explicar, probablemente más de una vez, a la familia qué es posible y qué, lamentablemente, no lo es, en estos crudos momentos.

Se trata de una actividad con una elevada carga emocional para la que, insistimos, el profesional asignado debe prepararse. Deben posibilitarse relevos, así como distintos turnos dentro de la jornada laboral. Asimismo, se utilizarán todas las medidas de protección necesarias para poder realizar el acercamiento al paciente.

C. Material de soporte para seres queridos

Inciendo de nuevo en el alto impacto emocional que sufren los familiares de pacientes infectados por COVID-19, la imposibilidad de contacto directo, la elevada incertidumbre respecto a la evolución y la no existencia de ritual de despedida tradicional, consideramos la opción de que, a pesar de ofrecerles las vías de comunicación previamente descritas, no sean capaces de generar una despedida. En esta situación de estrés agudo puede presentarse una elevada angustia o bloqueos emocionales que impidan que el rendimiento cognitivo y emocional sea el habitual, pudiendo generar posteriormente sentimientos de culpa e incapacidad que compliquen aún más si cabe el avance de un duelo complicado ya de por sí.

Para este tipo de dificultades, puede utilizarse un texto preformado que permita conectar con los puntos esenciales para construir una breve historia de relación y cierre. El objetivo es que sirva de inspiración y guía en tan delicado escenario, permitiendo generar un documento que ayude tanto al paciente como a los allegados.

Puede utilizarse la siguiente propuesta:

Por favor, comienza presentándote, ¿quién eres?

¿Cuál es tu grado de relación con el/la paciente?

Háblanos un poco de él/ella, de su lugar de origen, de su familia, de la profesión desarrollada.

¿Qué es lo que más le gusta hacer?

¿Cómo definirías su personalidad?

Si te detienes un segundo, ¿cuáles son los mejores recuerdos que guardas del tiempo compartido juntos?

¿Hay alguna cosa importante que quieras transmitirle?

Déjale un último mensaje, algo que quieras que se lleve para siempre. Nosotros nos encargaremos de hacérselo llegar con el máximo respeto y afecto posible.

SOPORTE PARA NIÑOS

Los niños son un colectivo especialmente vulnerable ante la pérdida de un ser querido.

Es habitual tratar de “proteger” a los niños de la muerte ocultándoles información y no abordando el tema con ellos, pero en lugar de evitarles el dolor de este suceso, universal e inevitable, caemos en el riesgo de aumentar su sufrimiento al negarles la posibilidad de despedirse.

Aunque se trata de una situación emocionalmente muy dolorosa, es preferible acompañarles en esta experiencia y facilitarles la expresión emocional para afrontar del mejor modo posible esta realidad.

Una propuesta de material para los niños se presenta en la siguiente página.

CADENETA DE RECUERDOS Y MOMENTOS ESPECIALES

Me llamo:

Soy (parentesco o relación con la persona enferma):

Pide ayuda a un adulto y escribe un recuerdo especial o alguna cosa que te guste mucho hacer con tu familiar en cada una de las tiras de papel. También puedes hacer un dibujo de los dos juntos, o pegar una foto. Pinta y decora las tiras tanto como quieras.

En la última tira escribe un mensaje que te gustaría que llevara siempre en su corazón.

A continuación, recorta las tiras y enlázalas usando pegamento o cinta adhesiva.

¡Prepara una cadeneta lo más larga que puedas! Nos aseguraremos de colgarla para que tu familiar pueda verla.

Anexo IV. Checklists para la gestión de la pandemia por coronavirus en los centros sanitarios, Asociación Madrileña de Calidad Asistencial



ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE CALIDAD ASISTENCIAL.

PROTOCOLO PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA DE LA PANDEMIA DE SARS-CoV-2 (COVID-19)

(Declarada por la OMS a 11 de marzo de 2020)

Elaborado por el Grupo de Trabajo AMCA: Carolina Varela Rodríguez, Pedro M. Ruiz López, Aitana Morano Vázquez, Paloma Santamaría Gago, Lucía Hernández García y Pilar Segura Cebollada

Revisado por la Junta Directiva de la Asociación Madrileña de Calidad Asistencial (AMCA): Asunción Colomer Rosas, Patricia Fernán Pérez, Ana Isabel Fernández Castelló, Gerardo Garzón González, Rosa Gómez de Merodio Sarri, Susana Lorenzo Martínez, Dolors Montserrat Capella, Cristina Navarro Royo, Rosa Pla Mestre y Pedro M. Ruiz López.

ÍNDICE

1. Justificación y situación actual	62
2. Gobernanza	63
3. Plan de prevención y protección para los trabajadores	67
4. Plan de comunicación interna.....	67
5. Protocolos y procedimientos para profesionales y pacientes.....	71
6. Plan de comunicación externa	77
7. Plan de formación para el personal	77
8. Plan para el apoyo emocional durante la pandemia	78
9. Listado de verificación para el seguimiento del cumplimiento del protocolo (modificado de los ECDC).	79
10. Referencias	85
ANEXO 1. Documentos e información sobre el coronavirus de la Comunidad de Madrid y el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.....	87

1. Justificación y situación actual

Con fecha de 11 de marzo de 2020 la OMS declaró el estado de pandemia por SARS-CoV-2 tras la afectación de más de 125 países y con más de 130.000 casos confirmados en el mundo. A fecha de 22 de marzo de 2020 a las 19:30h se habían registrado 321.943 casos confirmados de SARS-CoV-2 en el mundo con 13.714 fallecimientos y 94.794 pacientes curados según datos ofrecidos por la Universidad John Hopkins (**4,25% mortalidad general**). En Europa las cifras ascienden a 151.587 casos confirmados con 7.426 fallecimientos según las cifras ofrecidas por la OMS (**4,8% de mortalidad general**). En España los casos confirmados ascienden a 28.603 casos confirmados con 1.756 fallecidos y 2.575 pacientes recuperados (**6,1% de mortalidad general**), acumulando en la Comunidad de Madrid se acumulan el 33,9% de los casos totales del país con 9.702 casos confirmados y 1.201 fallecimientos (**12,4% de mortalidad general; dato probablemente artefactado por el hecho de que se han dejado de hacer pruebas a los pacientes con la enfermedad COVID-19 leve y por tanto, mejor pronóstico**). Si extrapolamos con los datos y, suponemos que los 9.702 casos son el 30% de los casos totales (el 20% de casos graves observados en las cohortes chinas más un 10% de casos dudosos que serían leves pero no se han hecho las pruebas) el número total de casos estimados sería de 32.340 casos con 1.201 fallecimientos (estos sí deben estar bien recogidos) por tanto la mortalidad estimada se encontraría en un 3,7%. Suponiendo que es un 40% del total ya que se han hecho pruebas en días anteriores a casos leves el total de casos sería de 8.860 y la mortalidad del 4,9% en la Comunidad de Madrid. Siendo los casos moderados y graves 28.603 en el caso de que sean un 30% del total, habría 95.344 casos en total y la mortalidad supondría 2,7% de mortalidad general; y asumiendo que es un 40% de los casos, habría un total de 71.507 afectados y la mortalidad sería de un 2,4%.

Según el artículo *“Evolving Epidemiology and Impact of Non-pharmaceutical Interventions on Outbreak of Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China”* de Wang y

colaboradores que ha sido hecho accesible en internet sin la evaluación por pares debido a la premura de la necesidad de información, **la correcta aplicación de las medidas de gestión y prevención** durante una crisis de salud pública aplicadas en China, **descendió** el número efectivo de reproducción del **virus de un 3,86** [IC95% de 3,74 a 3,97] antes de la aplicación de las medidas **a un 0,32** [IC95% de 0,28 a 0,37] tras la toma de medidas no farmacéuticas de control de la cadena de contagio.

En una situación de pandemia los Servicios de Salud tienen que prepararse para la adecuada gestión de la crisis y el adecuado manejo de todos los pacientes, garantizando los principios de equidad y universalidad propios de nuestro Sistema Nacional de Salud para la conservación del derecho de protección de la salud. **Existen guías de gestión en casos de crisis sanitarias de organismos internacionales con experiencia y conocimiento como la OMS, la PAHO, los CDC y los ECDC entre otros, en ellos se basan las indicaciones provistas en este protocolo.**

2. Gobernanza

En el Hospital se ha definido el siguiente organigrama de gobernanza durante la crisis sanitaria producida por la pandemia de SARS-CoV-2 declarada el 11 de marzo de 2020, **siguiendo recomendaciones de la OMS y los ECDC:**

- **Gabinete de crisis** compuesto por: Dirección-Gerencia, Dirección Médica, Dirección de enfermería, Dirección de Continuidad Asistencial, Dirección de Gestión, Dirección de Recursos Humanos, Jefe de Servicio de Medicina Preventiva y Jefe de Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
- **Equipo de coordinación:** Responsables de Medicina Interna, Medicina Intensiva, Anestesiología, Coordinación de Urgencias, Microbiología, Unidad de

Enfermedades Infecciosas, Sº de Medicina Interna, Admisión, Farmacia, Sistemas de información y Responsable de Suministros, Servicios Generales o responsables por ellos designados, Responsables de servicio o responsables designados de Medicina Preventiva y de Prevención de Riesgos Laborales, Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Coordinador de Personal Subalterno y Unidad de Calidad.

- **Referentes de SARS-CoV-2:** Profesionales (un médico y una enfermera por servicio) formados en el manejo de la enfermedad, medidas de precaución universales y específicas, uso adecuado del **equipo de protección individual (EPI)** y un referente para los trabajadores de limpieza y celadores. En los diversos ámbitos del hospital hospitalización, consultas, hospital de día, urgencias, bloque quirúrgico.

Así se definen las siguientes responsabilidades:

1. **Gabinete de crisis:** Definir y comunicar con transparencia la gobernanza de la gestión de la crisis según definición del protocolo de catástrofes externas más actualizado disponible adaptándolo a los cambios, una de sus funciones principales es la aprobación de los protocolos de actuación que se vayan generando y asegurar su correcta difusión entre los profesionales y trabajadores de la institución. Ser el **interlocutor con los medios de comunicación** y con la población de referencia mediante los canales establecidos (Dirección-Gerencia).
2. **Equipo de coordinación:** Debe tener capacidades y competencias científico-técnicas y liderazgo profesional. Asimismo, debe tener respaldo institucional completo. Una de sus funciones principales es la revisión técnica y científica de los protocolos de actuación que se vayan generando.
3. **Responsabilidad compartida entre el Gabinete de crisis y el Equipo de Coordinación:** Definir un plan de actuación general del hospital para la gestión

de la crisis de salud pública independiente de los criterios clínicos de manejo de paciente. Incluirá al menos un **plan de formación** para los profesionales en distintos escenarios de atención y para los distintos trabajadores de la institución, un **plan de promoción de la salud** para pacientes y ciudadanos de la población de referencia y un **repositorio centralizado de protocolos asistenciales** refrendados por la institución y que debe hacer referencia al menos a los escenarios de Urgencias, UCI, hospitalización y quirófanos, así como recomendaciones para el resto de las áreas, especialmente aquellas especiales como diálisis, hospital de día o endoscopias.

4. Elaborar un Plan de contingencia para minimizar el impacto de las bajas laborales de los propios profesionales por el COVID19 y que puede llegar a afectar al 35% de los profesionales.
5. Servicio de Medicina Preventiva en colaboración con el Servicio de Epidemiología de la Comunidad de Madrid. Facilitar y, en la medida de lo posible, garantizar la recogida de datos para permitir los análisis y actualizaciones de datos epidemiológicos (implementación del **Protocolo de Vigilancia Epidemiológica** propuesto por Salud Pública de la Consejería de Sanidad). Incluyendo formación adecuada a los profesionales, entrenamiento en la declaración de casos y estudio de contactos; y la verificación del cumplimiento de las precauciones universales y específicas.
6. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

Elaboración y actualización de documentos informativos, impartir formación adecuada al personal sobre el uso de material de protección en los escenarios de aplicación y entrenamiento sobre la puesta y retirada del EPI, la verificación del cumplimiento de las precauciones universales y específicas, dar información actualizada de los trabajadores infectados por el SARS-CoV-2 y definir los criterios de teletrabajo y aislamiento domiciliario de profesionales sanos y enfermos. Asimismo, realizará, junto a Recursos Humanos, el registro del

- número y tipo de profesionales, para la previsión del impacto sobre el servicio, así como el registro del alta e incorporación al puesto de trabajo.
7. Servicio de Microbiología. Facilitar y gestionar las pruebas diagnósticas de confirmación, definir algoritmos y garantizar la disponibilidad en almacén de los reactivos necesarios para realizar las pruebas diagnósticas (PCR) y comunicación en tiempo y forma de los resultados.
 8. Servicios de Enfermedades Infecciosas, Urgencias y UCI: Los servicios asistenciales directamente implicados en la atención de los casos deben desarrollar los protocolos clínicos, dar asistencia sanitaria adecuada y de forma oportuna, evaluación de casos.
 9. Servicio de Farmacia Hospitalaria: Asegurar el stock médico general y el de uso compasivo. Agilizar los trámites y priorizar los de los pacientes que lo requieran. Gestión de la solución hidroalcohólica. Establecer sistemas para el envío de medicamentos de farmacia hospitalaria a domicilio.
 10. Responsabilidad las Direcciones médica, de Enfermería y de Gestión: Establecer la previsión de las necesidades de cama en relación a la previsión de ingresos y la duración de las estancias de los pacientes ingresados por coronavirus, así como coordinar la reducción de la actividad asistencial habitual a la mínima necesaria para agilizar el manejo de pacientes afectados por coronavirus. Estas actividades deben realizarse en coordinación con el Servicio de Admisión y con el Servicio de Sistemas de Información. Coordinación con el SUMMA112 el traslado de pacientes desde el domicilio, el traslado interhospitalario y el traslado entre hospitales y otros centros habilitados (hoteles, pabellones,...). Gestionar los recursos materiales y su cadena de distribución.
 11. Servicio de Medioambiente: Gestionar la eliminación adecuada de los residuos potencialmente peligrosos generados por la actual pandemia. Formar e informar a los profesionales y trabajadores de la institución sobre las maneras de deshacerse de los residuos.

12. Informática: Poner a disposición de la organización la información necesaria y actualizada (facilitada por el Equipo de Coordinación y Gabinete de Crisis); poner a disposición de los profesionales que lo requieran los VPN (Virtual Private Network) para el teletrabajo.

3. Plan de prevención y protección para los trabajadores

Según la experiencia de la OMS, en epidemias anteriores, los centros sanitarios se han convertido en zonas de multiplicación de la epidemia, por ello, y con el fin de reducir el índice reproductivo del virus se han decidido una serie de líneas:

1. Criterios para la autorización del teletrabajo a los trabajadores de la institución.
2. Criterios para aislamiento domiciliario.
3. Criterios para reincorporación al trabajo activo.
4. Normas de circulación interna por el hospital.
5. Normas de limpieza y desinfección de las instalaciones.

4. Plan de comunicación interna

Durante la duración de la crisis sanitaria se nombrará un portavoz único de la institución sobre quien recaen las siguientes responsabilidades:

- Comunicar regularmente y de forma transparente los **datos actualizados** de la situación de la epidemia.
- Facilitar el acceso a **datos fiables de la evolución** de la crisis a los profesionales y trabajadores de la institución.
- **Difundir de forma eficiente la información relevante** para los profesionales y trabajadores de la institución con el respaldo de la dirección gerencia.

- **Habilitar un repositorio de protocolos** aprobados por la institución para su uso durante la crisis. Difundir el acceso a dichos protocolos a todos los profesionales y asegurar su actualización. Recomendar que las modificaciones de los mismos sean muy sintéticas (fichas) e incluyan la justificación correspondiente.
- **Garantizar el registro de los datos fiables** necesarios para el seguimiento actual y futuro de la epidemia, incluyendo la vigilancia epidemiológica y aquellos necesarios para facilitar la toma de decisiones clínicas efectivas y la gestión adecuada de los recursos de manera que la atención sanitaria universal y equitativa sea sostenible en el tiempo.

Así, y siempre en la medida de lo posible, se mantendrá a todos los trabajadores de la institución actualizados e informados empleando los recursos disponibles o canales internos de comunicación: intranet, email institucional, tableros de anuncios.

Se facilitarán **material de información** para ayudar a los profesionales incluyendo información sobre precauciones universales y específicas, uso adecuado del EPI, se les facilitará **apoyo psicológico** (estrés, ansiedad, burn-out) y se les ofrecerá una **línea de ayuda** para la respuesta de dudas en el correo electrónico y una sala o aula. En esta aula, personal entrenado dará formación sobre el uso correcto del equipo de protección, actualización sobre el estado de la epidemia y resolverá las dudas a las personas que se acerquen. Será imprescindible recibir esta formación antes de incorporarse a la atención directa con pacientes sospechosos o infectados con el SARS-CoV-2.

Para hacer operativo el presente Plan de comunicación interna se redactarán mensajes claves (argumentario) para las distintas audiencias y el método para mantener la información adecuadamente actualizada:

Profesionales sanitario

Trabajadores de la institución

Trabajadores de la limpieza

Pacientes

Ciudadanos

Se habilitará un correo electrónico para intentar, en la medida de lo posible, resolver dudas que se puedan plantear.

Referentes de información y actualizaciones sobre la situación de la epidemia. Se define el rol de referente de información que participará en centralizar la información y difundirla a todos los actores necesarios. Su información de contacto se hará accesible al personal y trabajadores de la institución.

Se definirá y creará un CUADRO DE MANDOS para la gestión y seguimiento de los datos del brote en el Hospital. Esta información y la accesibilidad a la misma se dividirá en dos niveles.

- Acceso a datos de la evolución del brote: Sospechas, positivos, negativos, ingresados en el hospital, ingresados en UCI, ocupación de camas, fallecidos y altas. Asimismo, en caso de utilización de recursos externos al centro, se dispondrá y facilitará la información de los movimientos surgidos. Esta información debe hacerse pública al personal de la institución.
- Información del brote detallada e información de gestión de recursos (materiales y humanos): que debe hacerse accesible a los mandos intermedios además de a los directivos del hospital.

La actualización del cuadro de mandos debe ser diaria.

En cuanto a los **documentos imprescindibles y otros documentos de utilidad**, se han de recopilar y centralizar en la intranet del Hospital.

Para profesionales

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS:

Informe diario sobre la evolución del brote por virus SARS-CoV-2 en el hospital (vía intranet y correo electrónico)

- Introducción
- Tabla con datos de casos acumulados confirmado, fallecimientos y recuperados en el Hospital. Asimismo, los que por su evolución fueran trasladados a hoteles o pabellones externos al hospital.
- Gráfico de evolución de los casos confirmados por fecha de notificación y por fecha de inicio de síntomas

Responsable: Sistemas de Información y M Preventiva

Actualización: diaria

Informe semanal sobre la evolución del brote por virus SARS-CoV-2 en el hospital (vía intranet)

- Introducción
- Tabla con datos de casos acumulados confirmado, fallecimientos y recuperados a nivel mundial, de España, de Comunidad de Madrid y de Hospital.
- Gráfico de la curva epidemiológica actualizada

Responsable: Sistemas de Información y Sº Medicina Preventiva

Actualización: semanal

GESTIÓN DE SERVICIOS

Cada Director/Subdirector debería realizar un comunicado oficial a los Servicios/Unidades a su cargo respecto a los cambios necesarios en su actividad habitual.

Comunicado del Director-Gerente con órdenes generales para todo el hospital.

Responsable: Directores/Subdirectores

Actualización: puntual

5. Protocolos y procedimientos para profesionales y pacientes.

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL)

Procedimiento de actuación de los trabajadores del Hospital en relación con la situación actual por el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID19)

Responsable: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL).

Actualización: semanal

Adaptación del documento de “Medidas de protección recomendadas para los trabajadores en función de la actividad laboral realizada en casos en investigación o confirmados de COVID-19” del Servicio de Salud de la Comunidad al Hospital.

Responsable: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL).

Actualización: en función de posibles cambios en la disponibilidad de EPIs.

Protocolos y procedimientos asistenciales

Procedimiento de actuación ante un caso sospechoso de enfermedad por el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID19) en Urgencias.

Responsables: Coordinación de Urgencias, Sº Medicina Preventiva, Sº Medicina Interna, S Microbiología, Sº de Medicina Intensiva, Sº Radiodiagnóstico, Laboratorios, Subdirección Médica y de Enfermería.

Actualización: semanal. Revisión de actualizaciones del Ministerio de Sanidad o la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid o de la situación epidemiológica específica del hospital.

Actuación en el Hospital ante un caso sospechoso de enfermedad por coronavirus SARS-CoV-2 (COVID19) en pacientes adultos ingresados en área de hospitalización de adultos.

Responsables: Sº Medicina Interna, Sº Microbiología, Sº de Medicina Intensiva, Subdirección Médica, Sº Medicina Preventiva y SPRL.

Actualización: en función de las actualizaciones del Ministerio o la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid o de la situación epidemiológica específica del hospital.

Procedimiento de actuación en el Hospital en una planta de hospitalización ante un caso sospechoso de enfermedad por coronavirus SARS-CoV-2 (COVID19) en pacientes pediátricos.

Responsable: Sº Medicina Interna, Sº Microbiología, Sº de Medicina Intensiva, Subdirección Médica, Sº Medicina Preventiva y SPRL.

Actualización: en función de las actualizaciones del Ministerio o la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid o de la situación epidemiológica específica del hospital.

Procedimiento de actuación en el Hospital en una planta de hospitalización ante un caso sospechoso de enfermedad por coronavirus SARS-CoV-2 (COVID19) en UCI de adultos y de niños.

Responsable: Sº Medicina Interna, Sº Microbiología, Sº de Medicina Intensiva, Sº Pediatría, Subdirección Médica, Sº Medicina Preventiva y SPRL.

Actualización: en función de las actualizaciones del Ministerio o la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid o de la situación epidemiológica específica del hospital.

Procedimiento de actuación en el Hospital ante un caso sospechoso de enfermedad por coronavirus SARS-CoV-2 (COVID19) en pacientes embarazadas.

Responsable: Sº Medicina Interna, Sº Obstetricia y Oncología, Sº Microbiología, Sº de Medicina Intensiva, Subdirección Médica, Dirección de Enfermería, Matrona, Sº Medicina Preventiva y SPRL.

Actualización: en función de las actualizaciones del Ministerio o la Consejería de Sanidad de la Comunidad Madrid o de la situación epidemiológica específica del hospital.

Procedimiento para la prevención de infección por virus SARS-CoV-2 en el paciente oncológico adulto/niño en el ámbito ambulatorio y de hospitalización.

Responsable: Sº Medicina Interna, Sº Oncología Médica, Sº Oncología Radioterápica, Sº Pediatría, Sº Medicina Preventiva y SPRL.

Actualización: en función de las actualizaciones del Ministerio o la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid o de la situación epidemiológica específica del hospital.

Plan de actuación para la atención del enfermo nefrológico con COVID-19 en el Hospital.

Responsable: Sº Medicina Interna, Sº Nefrología, Sº Medicina Preventiva y SPRL.

Actualización: en función de las actualizaciones del Ministerio o la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid o de la situación epidemiológica específica del hospital.

Protocolo de actuación para la limitación de esfuerzo terapéutico (indicaciones, registro, comunicación y evaluación).

Responsable: Sº Medicina Interna, Sº de Medicina Intensiva, Coordinación de Urgencias, Comité de Ética Asistencial)

Actualización: en función de las actualizaciones del Ministerio o la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid o de la situación epidemiológica específica del hospital.

Plan de actuación para la atención del paciente que acude a Hospital de Día con COVID-19.

Responsable: Sº Medicina Interna, Sº Nefrología, Sº Reumatología, Sº Dermatología, Sº Alergología, Sº Medicina Preventiva y SPRL.

Actualización: en función de las actualizaciones del Ministerio o la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid o de la situación epidemiológica específica del hospital.

Plan de actuación para la atención del paciente con COVID-19 en la Unidad de Endoscopias

Responsable: Sº Digestivo, Sº Alergología, Sº Medicina Preventiva y SPRL.

Actualización: en función de las actualizaciones del Ministerio o la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid o de la situación epidemiológica específica del hospital.

Procedimiento de actuación en el Hospital ante un caso sospechoso/confirmado de enfermedad por coronavirus SARS-CoV-2 (COVID19) en el bloque quirúrgico.

Responsable: Servicios Quirúrgicos, Dirección de Enfermería, Sº Medicina Preventiva y SPRL.

Actualización: en función de las actualizaciones del Ministerio o la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid o de la situación epidemiológica específica del hospital.

Procedimiento para el alta de pacientes hospitalizados / alta desde Urgencias/ alta desde Pediatría

Responsable: Sº Medicina Interna, Sº Urgencias, Sº Microbiología, Sº Pediatría, Sº Obstetricia y Ginecología, Subdirección Médica, Dirección de Continuidad Asistencial.

Actualización: en función de las actualizaciones del Ministerio o la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid o de la situación epidemiológica específica del hospital.

Protocolo de actuación del servicio de Admisión en consultas Externas respecto a las medidas adoptadas por el COVID-19

Responsable: Sº de Admisión y Documentación Clínica

Actualización: en función de la situación epidemiológica de la Comunidad de Madrid y del hospital.

Protocolo de actuación del servicio de Admisión en el bloque quirúrgico

(intervenciones programadas y urgentes) respecto a las medidas adoptadas por el COVID-19

Responsable: Sº de Admisión y Documentación Clínica

Actualización: en función de la situación epidemiológica de la Comunidad de Madrid y del hospital.

Procedimientos de Servicios Generales

Procedimiento de manejo de cadáveres a nivel hospitalario en fallecidos por infección SARS-CoV-2

Responsable: Sº Medicina Preventiva, Servicios Generales, Dirección de Enfermería.

Actualización: en función de las actualizaciones del Ministerio o la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid o de la situación específica del hospital (según disponibilidad de productos específicos).

Procedimiento de manejo de limpieza, desinfección y gestión de residuos del cuarto de aislamiento

Responsable: Sº Medicina Preventiva, Servicios Generales, Dirección de Enfermería.

Actualización: en función de las actualizaciones del Ministerio o la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid o de la situación específica del hospital (capacidad de gestión de residuos, disponibilidad de productos específicos, etc.).

6. Plan de comunicación externa

Se seguirán las normas establecidas por la Comunidad de Madrid para los centros. Al menos debería contemplar:

1. Organización para la información clínica a familiares (responsables, lugares y horarios).
2. Protocolo sobre alternativas de comunicación no presenciales de familiares con los pacientes.
3. Acceso a los documentos de la Comunidad de Madrid y Ministerio de Sanidad relacionados con el tema para interés de pacientes y familiares.

7. Plan de formación para el personal

Se habilitará una sala donde personal entrenado dará formación sobre el uso correcto del equipo de protección, actualización sobre el estado de la epidemia y resolverá las dudas a las personas que se acerquen. Será imprescindible recibir esta formación antes de incorporarse a la atención directa con pacientes sospechosos o infectados con el SARS-CoV-2.

Todo el personal sanitario: vídeo y documentos informativos básicos.

- Nociones generales sobre el coronavirus.
- EPI según áreas y tipo de casos.
- Higiene de manos
- Protección y barreras en el paciente: en investigación, confirmado y probable.
- Manejo de muestras.
- Limpieza y desinfección de materiales.
- Eliminación de residuos.
- Definición y notificación de los casos.

Responsables: Sº de M. Preventiva y Sº de Prevención

Taller permanente para el personal sanitario para utilización correcta de los EPI.

Responsables: Sº de Prevención /Sº de M. Preventiva.

Personal de limpieza.

- Sistemática de limpieza general y por áreas.
- Antisépticos: uso y precauciones.

Responsables: Sº de M. Preventiva/Servicios Generales

Personal sanitario de nueva incorporación.

Obligatoriedad de formación básica y del área asistencial específica antes de comenzar a trabajar.

Responsables: Referentes de los servicios

Pacientes: Infectados y los tratados por otros motivos

- Medidas de prevención en domicilio.
- Pautas de actuación ante sospecha (en tratados por otros motivos).

Responsables de los pacientes.

8. Plan para el apoyo emocional durante la pandemia

Para pacientes y familiares.

1. Estudiar las posibilidades de comunicación por vías no presenciales con la familia: teléfono, cartas o textos escritos, virtuales (Skype, TV local, etc.).
2. Establecer criterios para visitas excepcionales.
3. Definir el soporte psicológico por parte de psiquiatría.
4. Sensibilizar a los profesionales para ayuda emocional, dentro de las posibilidades de restricción física.
5. Facilitar información escrita dirigida a pacientes y familiares para una mejor comprensión de las medidas.
6. Establecer pautas para el apoyo en últimos días, fallecimiento y duelo

Estas iniciativas se deberían canalizar a través de un grupo de trabajo en el que estuvieran: Sº Psiquiatría, Sº Atención al Paciente, Sº Informática, Sº Medicina Preventiva, SPRL y U. Calidad.

Para profesionales.

1. Elaborar información escrita sobre recomendaciones dirigidas a profesionales: periodos de descanso necesarios, alimentación e hidratación, comunicación, participación, recursos de apoyo emocional disponibles, etc.
2. Facilitar teléfonos para el apoyo por parte del Sº de Psiquiatría y SPRL.

9. Listado de verificación para el seguimiento del cumplimiento del protocolo (modificado de los ECDC).

Establecimiento de un equipo central y puntos clave de contacto internos y externos.		
Sí	No	Elemento / proceso: EQUIPO DE TRABAJO
		Se ha establecido un equipo de coordinación para la gestión de la crisis.
		Se ha informado a los profesionales y trabajadores de la institución adecuadamente sobre las medidas tomadas.
		Cada uno de los roles definidos tiene al menos dos personas asignadas que puedan sustituirse en caso de necesidad.
		Hay una lista con los detalles de contacto del equipo de coordinación de fácil acceso.
		Hay un documento breve y conciso que describe todos los roles y responsabilidades y es accesible centralmente.
		Todos los miembros del equipo están informados y capacitados en sus roles y responsabilidades.
		Hay una lista de fuentes de información y documentación práctica accesible y con enlaces directos a los documentos.
		Se identifica un lugar donde el equipo de coordinación puede reunirse regularmente (cuartel general de gestión de la crisis).
		Hay disponibles instalaciones adecuadas para reuniones del equipo central (por ejemplo, salas de reuniones, computadoras, proyectores, tableros, teléfonos para teleconferencia, suministros de oficina).
		Existe un procedimiento para realizar un seguimiento y control de la documentación (por ejemplo, procedimientos, notas de reuniones, materiales de capacitación, etc.).
		Existe un mecanismo para mantener actualizada la documentación y el personal informado sobre dónde encontrar información.
		Se ha actualizado la información de contacto de todo el personal del hospital.
Sí	No	Elemento / proceso: PUNTOS CLAVE DE CONTACTO INTERNO
		Se han identificado los puntos de contacto internos para los profesionales y trabajadores de la

		institución: administración, comunicación, dirección de enfermería, seguridad, recursos humanos, farmacia, bioseguridad, control de infecciones, UCI, servicios de urgencias, enfermedades infecciosas, neumología, ingeniería y mantenimiento, laboratorio, lavandería, limpieza y gestión de residuos, y el tanatorio del hospital.
		Para cada uno de estos puntos de contacto interno existe un referente con conocimientos específicos sobre SARS-CoV-2.
		Existe una lista con los datos de contacto de los referentes SARS-CoV-2.
		Se ha dado información y capacitación adecuada en los puntos de contacto internos.
		Existe documentación formativa e informativa accesible en los puntos de contacto internos.
Sí	No	Elemento / proceso: PUNTOS CLAVE DE CONTACTO EXTERNO
		Existe un listado de los puntos de contacto externos clave.
		Los contactos locales / regionales / nacionales (por ejemplo, para notificación de casos, gestión de casos, proveedores, otros hospitales, autoridades locales, etc.) se identifican y recopilan en una lista de contactos de fácil acceso, y el personal involucrado ha sido informado de ello.
		Existe un documento que describe brevemente cuándo deben contactarse esos puntos de contacto.

Capacidad humana, material y de instalaciones.		
Sí	No	Elemento / proceso: ADQUISICIÓN Y GESTIÓN DE EXISTENCIAS
		Existe un procedimiento de adquisición de los materiales y suministros necesarios y se puede activar a corto plazo. Se han identificado proveedores alternativos si los principales proveedores se quedan sin existencias (especialmente para equipos de protección personal (EPI)).
		Se ha adquirido un inventario de suministros clave (por ejemplo, para la higiene de las manos y las vías respiratorias, EPI, aislamiento, suministros de UCI, respiradores mecánicos).
		Se ha realizado un inventario de existencias; hay un procedimiento para monitorizar y actualizar regularmente el inventario.
		Existe un plan para realizar un seguimiento y custodia de los suministros clave (por ejemplo, EPI, ventiladores, material de limpieza y desinfección, solución de alcohol, etc.) para evitar el uso indebido, el uso excesivo o el robo.
Sí	No	Elemento / proceso: RECURSOS HUMANOS
		Se ha evaluado la capacidad de los trabajadores de la salud para el triaje, la sala de emergencias, la UCI, el laboratorio y las unidades donde se ubicará a los pacientes.
		Se ha evaluado la capacidad de aumento de los trabajadores no sanitarios (por ejemplo, personal de administración, limpieza, etc.)
		Las ausencias del personal, en particular debido a la baja por enfermedad o al cuidado de personas enfermas en el hogar, se han considerado e incluido en la evaluación de la capacidad de recursos humanos.
		Existe un mecanismo para monitorizar las ausencias del personal.
		Existe una política de baja por enfermedad para el personal sintomático.
		Se han establecido umbrales que desencadenan la reasignación de personal o la contratación de personal nuevo.
		El personal planeado para ser reasignado ha sido informado y capacitado de acuerdo con sus roles y responsabilidades anticipados.
		Existe un mecanismo para el reclutamiento, capacitación y provisión rápida de todas las necesidades administrativas necesarias, así como equipos para el nuevo personal a corto plazo, y el presupuesto está disponible y asignado.
		Se ha evaluado la posibilidad de reclutar personal recientemente retirado, médicos militares, estudiantes universitarios o voluntarios y se han identificado contactos.
		Los requisitos legales para contratar ayuda temporal (por ejemplo, personal jubilado, estudiantes, etc.) están vigentes y se planifica la capacitación de todos los miembros adicionales del equipo.
		Existe un plan para evitar el agotamiento entre los trabajadores sanitarios y no sanitarios; se garantizará un número máximo de horas de trabajo, las cargas de trabajo se distribuirán por igual, se han determinado los tiempos mínimos de descanso entre turnos, así como los descansos durante los turnos de trabajo regulares.

		Se ha designado un punto de contacto que se puede abordar si hay problemas de agotamiento.
		Se ha considerado el apoyo psicológico para los trabajadores de la salud.
		Se ha diseñado un plan de conservación de recursos humanos de profesionales de reserva para sustituir a los profesionales altamente cualificados que enfermen (UCI).
		Existe un equipo de seguridad para garantizar la seguridad de los pacientes, el personal y los visitantes, y los suministros clave, si es necesario.
		Existe un plan de seguridad para garantizar la seguridad y proporcionar orientación para incidentes de seguridad; esto incluye acompañar al personal, pacientes o visitantes si es necesario; el personal ha sido informado del plan de seguridad.
		Se han identificado posibles riesgos de seguridad. Se han establecido eventos de umbral que activan recursos adicionales o apoyo de las autoridades locales.
Sí	No	Elemento / proceso: INFRAESTRUCTURAS Y MATERIALES
		Se ha calculado la capacidad máxima de la instalación, incluido el número máximo de camas de UCI y ventiladores mecánicos (junto con las capacidades de recursos humanos y la capacidad de suministro requeridas).
		Existe un sistema para monitorizar la ocupación de las camas (que incluye la cantidad de pacientes aislados), la cantidad de habitaciones que se usan para el aislamiento y la cantidad de habitaciones que potencialmente se pueden usar para el aislamiento.
		El número de pacientes en aislamiento que, una vez que el número alcance un cierto umbral, desencadenará la conversión progresiva de habitaciones normales a habitaciones de aislamiento. Se ha calculado la capacidad de cohorte de pacientes de la misma enfermedad.
		Se ha establecido el número y la ubicación de las camas potenciales que se reasignarán como salas de aislamiento y se ha establecido un plan para reasignar a los pacientes no aislados a otras salas.
		Todos los miembros del personal conocen los factores desencadenantes y los procedimientos para convertir salas normales en salas de aislamiento.
		Se establecen los factores desencadenantes para derivar pacientes a otros centros de salud o atención domiciliaria, y el personal y otros centros son conscientes.
		Se han calculado las existencias actuales y las necesidades adicionales esperadas para diferentes escenarios (por ejemplo, higiene de manos y respiratorias, EPI, aislamiento, ventiladores, farmacia, otros suministros clave).
		Se han identificado instalaciones de almacenamiento para stock adicional. Las instalaciones de almacenamiento satisfacen todas las demandas con respecto a la temperatura, la humedad, la cadena de frío, la logística, etc.
		Se han identificado áreas adicionales para transformar en salas de espera. Se ha estimado el número umbral de pacientes que desencadenaría el uso de estas áreas.
		Si es posible, el acceso a inodoros separados y grifos de agua potable estará disponible para pacientes en las salas de espera y emergencia.
		Se dispone de material adecuado para unidades de aislamiento y UCI, y se han implementado procedimientos de desinfección para suministros que no son de un solo uso.
		Hay disponible una cantidad adecuada de EPI de todos los tamaños para los trabajadores de la salud y el personal de limpieza.
		Está disponible una cantidad adecuada de productos de limpieza y desinfección que han demostrado ser efectivos contra los coronavirus.
		Se dispone de una cantidad adecuada de contenedores para desechos infecciosos.
		Existen procedimientos / contratos para el tratamiento de una mayor cantidad de residuos infecciosos.
		Existe un procedimiento para el manejo de un número creciente de pacientes fallecidos.
		Se ha calculado la capacidad para manejar un posible aumento en el número de pacientes fallecidos, y hay disponible un stock adicional de bolsas para cadáveres.
		Se ha establecido un lugar adicional que podría usarse como depósito de cadáveres, si es necesario, y donde se garantizará la custodia de los cuerpos.
		Todos los protocolos internos, líneas de comunicación y procedimientos operativos estándar son accesibles de manera fácil y centralizada para todos los trabajadores y todo el personal debe saber dónde ubicarlos.
		Existe un mecanismo para garantizar que el equipo funcione perfectamente y se pueda reemplazar rápidamente cuando sea necesario.

Sí	No	Elemento / proceso: LABORATORIO
		Si el hospital no tiene capacidad de laboratorio, se establece un plan para el muestreo y el envío seguro de las muestras.
		Para los hospitales con capacidad interna de laboratorio, está disponible una cantidad adecuada de reactivos y suministros para pruebas de diagnóstico. El almacenamiento adicional debe garantizar suministros ininterrumpidos.
		Existe un plan para externalizar servicios si se exceden las capacidades.

Comunicación y protección de datos.		
Sí	No	Elemento / proceso: COMUNICACIÓN INTERNA
		Se establece un plan de comunicación interna con líneas de comunicación claras para permitir una comunicación rápida a todo el personal y pacientes / visitantes.
		Existen procedimientos para comunicarse de manera transparente con el personal del hospital, el personal sanitario y los no sanitarios. Este procedimiento rige toda la información sobre el brote, la situación en el hospital, los procedimientos, las reglas para usar el EPI, las medidas preventivas y de protección, los cambios en los procedimientos y cualquier otra información relacionada con el evento.
		Existe un mecanismo para garantizar que se verifique la coherencia de la comunicación con el personal y los pacientes / visitantes antes de su publicación.
		Se han redactado mensajes clave para diferentes grupos: trabajadores de la salud, otro personal, pacientes, visitantes, etc. Se ha desarrollado un mecanismo para actualizar a todas las partes involucradas.
		Se establece y funciona un procedimiento para recibir comentarios o preguntas de los trabajadores e informar sobre incidentes.
		Se nombran personas clave de comunicación: son responsables de difundir información, proporcionar capacitación y recibir comentarios y preguntas. Todos los miembros del personal han sido informados de sus nombres, detalles de contacto y funciones.
Sí	No	Elemento / proceso: COMUNICACIÓN EXTERNA
		Se ha establecido un plan de comunicación externo, que incluye un mecanismo para garantizar que se verifique la coherencia de la comunicación con los medios y el público y se apruebe antes de su publicación.
		Los miembros del personal han sido informados del plan de comunicación externa.
		Se ha designado un equipo de comunicación central más copias de seguridad. Coordinan las comunicaciones externas.
		El portavoz y sus copias de seguridad han sido nombrados.
		Están disponibles borradores de mensajes clave para diferentes grupos (periodistas, público en general, especialistas en atención médica, etc.)
Sí	No	Elemento / proceso: PROTECCIÓN DE DATOS
		Existen mecanismos para garantizar la protección de datos de acuerdo con la legislación.
		Se ha recordado a todo el personal las reglas de protección de datos.
		Los mecanismos de tele-triage (por ejemplo, teléfono, correo electrónico, aplicaciones de teléfonos inteligentes, telemedicina) se ajustan a las reglas de protección de datos.
Formación y entrenamiento		
Sí	No	Elemento / proceso: COMUNICACIÓN INTERNA
		Existe un plan para la capacitación general y específica del personal, que incluye planes para actualizaciones de capacitación periódicas para actualizar conceptos y capacitación para el personal nuevo antes de que lleguen o tan pronto como lleguen
		Todos los documentos y procedimientos son fáciles y centralmente accesibles; el personal ha sido informado de dónde encontrarlos
		Se han desarrollado materiales de capacitación / información, en particular para: - Higiene de manos y vías respiratorias - Quién debe usar el EPI: por qué, cuándo y cómo - Líneas y reglas de comunicación interna y externa (tanto para recibir como para proporcionar información)

		- Protección de datos con respecto a pacientes - Procedimientos de triaje - Definiciones de casos - Notificación de casos - Colocación y movimiento de pacientes en aislamiento y acceso de visitantes - Política de baja por enfermedad y qué hacer si los miembros del personal muestran síntomas - Plan de seguridad - Dónde encontrar los documentos y materiales de capacitación
		Todo el personal, trabajadores sanitarios y no sanitarios, han sido informados y formados sobre los temas mencionados anteriormente, según sea necesario.
		Los trabajadores de la salud han sido capacitados para minimizar los riesgos específicos relacionados con el manejo de pacientes con COVID-19 sospechosos o confirmados.
		Los trabajadores no sanitarios han recibido capacitación para minimizar los riesgos específicos relacionados con su trabajo, en particular la limpieza de las áreas ocupadas por un paciente con sospecha o confirmación de COVID-19
		Los miembros del personal que tendrían que usar EPI han recibido capacitación sobre su uso y conocen los documentos que describen los procedimientos

Higiene de manos, EPI y gestión de residuos.		
Sí	No	Elemento / proceso: HIGIENE DE MANOS
		Los suministros de desinfectantes para manos a base de alcohol están disponibles para el personal y los pacientes, especialmente en salas de espera, salas de triaje, salas de examen y áreas para la retirada de EPI.
		Las toallas de papel y jabón están disponibles en cantidades suficientes al lado de todos los lavabos (tanto en inodoros como al lado de todos los lavamanos)
		Se establece y funciona un procedimiento para verificar y rellenar los suministros.
		Se han desarrollado instrucciones para los procedimientos correctos de higiene de manos y están listas para ser distribuidas a pacientes, visitantes, profesionales y personal de limpieza.
Sí	No	Elemento / proceso: EPI
		Se ha estimado la necesidad de EPI (puede encontrar más información aquí).
		Se dispone de una cantidad adecuada de EPI para protección contra el contacto, las gotas y la transmisión por aire en diferentes tamaños donde sea necesario
		Existe un registro actualizado de los EPIS que incluye tamaños disponibles y fechas de caducidad
		Los profesionales y el personal de limpieza han recibido capacitación para ponerse y quitarse el EPI
Sí	No	Elemento / proceso: GESTIÓN DE RESIDUOS
		El número de contenedores para desechos infecciosos es suficiente para cubrir grandes volúmenes.
		No hay contenedores de apertura manual para desechar los tejidos utilizados por los pacientes en las áreas de espera y triaje.
		La instalación puede gestionar una mayor cantidad de residuos infecciosos por sí misma o externalizar su gestión de residuos.

Triage, primer contacto y priorización		
Sí	No	Elemento / proceso: GENERAL
		Se establecen procedimientos para separar los casos sospechosos * de los otros pacientes y se establecen procedimientos de aislamiento. , p. ej. colocación en diferentes salas de espera, uso de diferentes baños. * La definición de "caso sospechoso" puede cambiar durante el brote
		Los procedimientos para la priorización de pacientes (p. Ej., Clasificación, criterios de alta, factores desencadenantes para posponer hospitalizaciones o intervenciones electivas) están implementados y se han comunicado a todo el personal involucrado
		Existen procedimientos para la limpieza de áreas comunes y equipos que pueden tener que utilizarse en casos no relacionados con el coronavirus.
Sí	No	Elemento / proceso: TELETRIAGE
		Existe un sistema de tele-triage para clasificar a los pacientes antes de que lleguen al hospital: existen

		servicios de teléfono / correo electrónico / telemedicina para posibles casos; estos servicios también se pueden usar para coordinar la llegada de pacientes al hospital si es necesario
		La población ha sido informada sobre los servicios de teletriage del hospital a través de varios canales.
Sí	No	Elemento / proceso: PRIMER CONTACTO
		Los letreros y las pantallas de información en la entrada y en las salas de espera facilitan información sobre COVID-19, higiene de manos e higiene respiratoria
		Los suministros de higiene de manos (p. Ej., Desinfectantes para manos a base de alcohol; acceso al agua, jabón y pañuelos desechables de papel para secar las manos) y suministros de higiene respiratoria (p. Ej. Pañuelos desechables de papel) están disponibles para el personal y los pacientes.
		Existen controles rápidos en los puntos de entrada a la sala de Urgencias, clasificación de casos sospechosos y procedimientos de evaluación de gravedad.
		El hospital podría proporcionar una opción para que los pacientes esperen en sus automóviles en lugar de la sala de espera (siempre que estén lo suficientemente bien como para hacerlo); esto también requiere un sistema para llamarlos
		Todo el personal de la sala de Urgencias conoce áreas alternativas que se convertirán en salas de espera cuando se haya alcanzado cierto umbral de pacientes.
		Se establece un protocolo para informar a los pacientes con sospecha de COVID-19 sobre ciertos procedimientos, por ejemplo, que serán separados de otros pacientes y por qué; Se proporcionará información sobre la higiene de las manos y las vías respiratorias, el uso de EPI, el uso del inodoro y cómo obtener agua y alimentos.
		Se ha evaluado la capacidad de circulación interna de pacientes.

Ubicación de pacientes, traslado de los pacientes a las instalaciones y acceso de los visitantes.		
Sí	No	Elemento / proceso: COLOCACIÓN DEL PACIENTE
		Se ha evaluado la capacidad de camas de aislamiento y camas de UCI en el hospital.
		Si el hospital tiene habitaciones con presión negativa, se ha determinado el número máximo de pacientes que pueden alojarse en cada habitación.
		Se ha estimado la capacidad máxima para el aislamiento de pacientes.
		Se ha calculado el número máximo de salas que se pueden convertir en salas de aislamiento (si hay una mayor necesidad).
		Se ha calculado la cantidad máxima de pacientes que se pueden agrupar en salas de aislamiento y la cantidad de salas de aislamiento potenciales.
		Existe un plan que indica los criterios para la transformación de salas normales en salas de aislamiento y también el orden en que se llevaría a cabo este proceso.
		Existe un plan para reasignar pacientes, facilitar su alta rápida tan pronto como su estado clínico lo permita o tratar a los pacientes en el hogar.
		El personal conoce el plan y ha recibido capacitación adecuada, ej: saben cómo usar EPI, están familiarizados con los protocolos y las nuevas tareas que se les pueden asignar, etc.
		Las salas de aislamiento de infecciones transmitidas por el aire (AII) han sido probadas y certificadas dentro del plazo indicado por las regulaciones locales.
		Los EPI para los procedimientos de generación de aerosoles están disponibles en cantidades y tamaños suficientes para que puedan usarse en las salas de aislamiento cuando sea apropiado.
		Solo un número limitado de miembros del personal está autorizado para acceder a las salas de aislamiento; han sido entrenados para ello. Existe registro del personal que accede a las salas de aislamiento.
		El personal con acceso a salas de aislamiento debe limitarse para reducir la posibilidad de transmisión entre otros pacientes.
Sí	No	Elemento / proceso: TRASLADO DE LOS PACIENTES EN LAS INSTALACIONES
		El movimiento de pacientes dentro del centro de salud se limita a realizar procedimientos esenciales.
		El paciente aislado usa una mascarilla quirúrgica cuando lo trasladan dentro del hospital.
		Se han establecido las rutas para trasladar a los pacientes dentro del centro de salud y los miembros del personal han sido informados.
		Todos los trabajadores que preparan, trasladan y reciben pacientes conocen las condiciones de estos pacientes y han recibido capacitación en todos los procedimientos relevantes, ej: dónde encontrar EPI y

		cómo usarlo.
		Está definido un responsable para el acceso de los pacientes que son trasladados por el SUMMA112 tanto recibidos como trasladados a otro hospital o a HOTELES u otro equipamiento.
		Está definido un lugar de entrada/salida de los pacientes trasladados que no afecta al resto del proceso asistencial (urgencias generales) para evitar el contagio.
Sí	No	Elemento / proceso: ACCESO DE VISITANTES
		Las señales fuera de la sala informan a todos los visitantes sobre los síntomas de las infecciones respiratorias agudas. Si es posible, los visitantes son revisados por síntomas antes de entrar en la instalación.
		Existen reglas para el acceso de los visitantes a las instalaciones y a las salas de aislamiento (por ejemplo, un único visitante por paciente) con pacientes sospechosos o confirmados.
		Los procedimientos de higiene de manos se explican a los visitantes antes de entrar y después de salir de la sala de aislamiento.
		Los EPI están disponibles para los visitantes. Los procedimientos para puesta y retirada del EPI están en su lugar y son accesibles.
		Un profesional está disponible para verificar la colocación y retirada correcta del EPI.
		Todos los visitantes son informados sobre el autocontrol de los síntomas respiratorios agudos como se describe en las pautas.
		Se mantiene un registro de todos los visitantes que acceden a una sala de aislamiento.

Limpieza ambiental		
Sí	No	Elemento / proceso: LIMPIEZA DE LA HABITACIÓN
		Se ha establecido un procedimiento para la limpieza de las habitaciones de forma regular y cuando sea necesario. La limpieza después del alta del paciente también está cubierta por este procedimiento.
		Se dispone de productos apropiados para la limpieza y desinfección de las superficies, equipos y aparatos médicos.
		Los EPI para el personal de limpieza están disponibles en diferentes tamaños.
		El personal de limpieza ha sido capacitado en todos los procedimientos relevantes, ej. tiempos de contacto para los diferentes productos, el uso correcto de EPI (incluido ponerse y quitarse) y el autocontrol de los síntomas. Conocen el procedimiento a seguir si desarrollan síntomas.
		Se mantiene un registro del personal de limpieza que ha limpiado las salas de aislamiento.

10. Referencias

1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). COVID-19 2020 [internet; cited 2020 24 February]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/novel-coronavirus-china>
2. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) outbreak 2020 [internet; cited 2020 24 February]. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019>
3. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Outbreak of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): increased transmission

beyond China – fourth update. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/SARS-CoV-2-riskassessment-14-february-2020.pdf>

4. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Health emergency preparedness for imported cases of high-consequence infectious diseases. Stockholm: ECDC; 2019. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Health-emergency-preparedness-importedcases-of-high-consequence-infectious-diseases.pdf>

5. World Health Organization (WHO). Hospital emergency response checklist. An all-hazards tool for hospital administrators and emergency managers. WHO: Geneva; 2011. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/148214/e95978.pdf

6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) hospital preparedness assessment tool 2020. CDC: Atlanta; 2020 [cited 2020 24 February]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/hcp-hospital-checklist.html>

ANEXO 1. Documentos e información sobre el coronavirus de la Comunidad de Madrid y el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/2019-nuevo-coronavirus>

Nota.- Esta información debería actualizarse diariamente.

Incluye diferentes secciones: situación epidemiológica actual, área para profesionales y prevención y consejos para la ciudadanía entre otros.

Documentos y videos:

Pautas de desinfección de superficies y espacios habitados por casos en investigación, probables o confirmados de COVID-19. Viviendas, residencias, centros escolares, espacios de pública concurrencia (centros comerciales, supermercados, etc.) y transportes de viajeros (Documento que complementaría a los elaborados por el Ministerio de Sanidad sobre prevención y control de COVID-19)

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/samb/protocolo_desinfeccion_superficies_covid-19_180320.pdf

Videos.

Consejos de ayuda psicológica para los profesionales sanitarios

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

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

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN FRENTE A CASOS DE INFECCIÓN POR EL NUEVO CORONAVIRUS (SARS-CoV-2)

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Procedimiento_COVID_19.pdf

- Indicación del test diagnóstico y manejo y envío de muestras.
- Manejo según tipo de caso, así como de contactos.
- Medidas de prevención y control de la infección.

Actualización permanente

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN EN EL MANEJO DE PACIENTES CON COVID-19

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_Control_Infeccion.pdf

- Medidas dirigidas a la prevención y control de la infección.

OTROS DOCUMENTOS TÉCNICOS.

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

- Procedimiento de actuación frente a enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19) 15.03.2020 
- Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19 20.02.2020 
- Guía de actuación con los profesionales sanitarios en el caso de exposiciones de riesgo en el ámbito sanitarios 15.03.2020 
- INFOGRAFÍA: Recomendaciones para profesionales sanitarios 09.03.2020 
- Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al nuevo coronavirus (SARS-COV-2) 11.03.2020 
- Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19 17.03.2020 
- Manejo clínico del COVID-19: unidades de cuidados intensivos 19.03.2020 
- Manejo clínico del COVID-19: atención hospitalaria 19.03.2020 
- Manejo clínico del COVID-19: tratamiento médico 19.03.2020 
- Manejo en urgencias del COVID-19 17.03.2020 
- Manejo en atención primaria del COVID-19 17.03.2020 
- Manejo domiciliario del COVID-19 17.03.2020 
- Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19 06.03.2020 

- Procedimiento para el manejo de cadáveres de casos de COVID-19 13.03.2020 
- Procedimiento de limpieza viaria ante la pandemia del coronavirus COVID-19 17.03.2020 
- Informe técnico: SARS-CoV y COVID-19 17.03.2020 
- Declaración del brote de SARS-CoV-2 como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por parte de la OMS 31.01.2020 
- Productos virucidas autorizados en España 19.03.2020 

Para pacientes:

Comunidad de Madrid

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/covid-19-prevencion-consejos-ciudadania>

- Información general
- Videos.
 - o Recomendaciones domiciliarias para el manejo de pacientes con coronavirus o con síntomas leves.
 - o Medidas de higiene para el hogar del enfermo por coronavirus
 - o Consejos para mantener una correcta higiene de manos
 - o Consejos para evitar la transmisión del Coronavirus.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

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

- Preguntas y respuestas sobre COVID-19 17.03.2020 
- Decálogo sobre cómo actuar en caso de síntomas COVID-19 19.03.2020 
- ¿Qué hago si conozco a alguien con síntomas de coronavirus? 

Aislamiento domiciliario de casos leves 

Anexo V. Liderazgo ante las actuaciones para la prevención y abordaje de reacciones de estrés agudo en profesionales y personal de apoyo sanitario en crisis por COVID-19

A partir del listado de recursos para contribuir a dar una respuesta a las necesidades afectivas y de gestión del estrés agudo que están sufriendo los profesionales sanitarios y los de apoyo a la labor asistencial, se especifica en la siguiente guía una serie de recomendaciones sobre qué personas³ con cargos de responsabilidad dentro de un área de salud, departamento, o estructura de gestión, podrían ejercer un mayor liderazgo asumiendo la puesta en marcha de los recursos que proponemos en este documento.

Asimismo, se **plantean 2 escenarios de liderazgo**, por un lado, aquellas **áreas o departamentos de salud con una mayor capacidad de recursos** (por ejemplo, que cuentan con su propio gabinete de comunicación) y aquellas **áreas o departamentos de salud que no cuentan con este recurso**.

Recursos	Área/Departamento de Salud con estructura de apoyo consolidada (p.e. Gabinete de Comunicación)	Área / Departamento de Salud sin estructura de apoyo consolidada
RE1. Comunicado diario con información de logros y actuaciones realizadas.	Gerencia de Área a través de Gabinete de Comunicación.	Gerencia de Área a través de las Direcciones de Área (según estamentos).
RE2. Profesionales como protagonistas de los logros.	Gabinete de Comunicación a través de canales de comunicación interna (Jefes de Servicio Médico, Responsables de Unidad de Enfermería Hospitalaria, Coordinadores de Centros de Salud –médicos y enfermería- y Coordinadores de Centros de Salud Mental).	Direcciones de Área y Jefe de Área de Salud Mental a través de canales de comunicación interna (Jefes de Servicio Médico, Responsables de Unidad de Enfermería Hospitalaria, Coordinadores de Centros de Salud –médicos y enfermería- y Coordinadores de Centros de Salud Mental).

³ En aplicación de la Ley 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, toda referencia a personas, colectivos o cargos, cuyo género sea masculino, estará haciendo referencia al género gramatical neutro; incluyendo, por tanto, la posibilidad de referirse tanto a mujeres como hombres.

Recursos	Área/Departamento de Salud con estructura de apoyo consolidada (p.e. Gabinete de Comunicación)	Área / Departamento de Salud sin estructura de apoyo consolidada
RE3. Comunicado diario de la situación del Centro.	Gabinete de Comunicación a través de web del Centro. Mandos intermedios hospitalarios (Jefes Servicio/Sección Médicos y Supervisores de Unidad de Enfermería), Atención Primaria -Coordinadores Médicos y de Enfermería- y Coordinadores de Centros de Salud Mental).	Gerencia a través de la web del Centro (Responsable Tecnologías de la Información). Mandos intermedios hospitalarios (Jefes Servicio/Sección Médicos y Supervisores de Unidad de Enfermería, Atención Primaria - Coordinadores Médicos y de Enfermería - y Coordinadores de Centros de Salud Mental).
RE4. Claridad en los mensajes con instrucciones al personal.	Direcciones Médica y de Enfermería de Área a través de responsables médicos y de enfermería de servicios de Urgencias –hospitalarios y de AP- y Cuidados Intensivos hospitalario, así como representante de la Comisión de Bioética.	Direcciones Médica y de Enfermería de Área a través de responsables médicos y de enfermería de servicios de Urgencias –hospitalarios y de AP- y Cuidados Intensivos, así como representante de la Comisión de Bioética.
RE5. Asegurar la coordinación con las empresas que prestan servicios en el centro mediante contrato.	Dirección de Gestión, a través de responsable de Suministros y Contrataciones.	Dirección de Gestión, a través de responsable de Suministros y Contrataciones.
RE6. Combatir noticias falsas o inadecuadas.	Gerencia de Área a través de Gabinete de Comunicación.	Gerencia de Área a través del responsable del Servicio de Tecnologías de la Información.

Recursos	Área/Departamento de Salud con estructura de apoyo consolidada (p.e. Gabinete de Comunicación)	Área / Departamento de Salud sin estructura de apoyo consolidada
RE7. Briefings al iniciarse el turno.	Miembros de la Comisión de Dirección del Área a través de canales de comunicación interna (Jefes de Servicio Médico, Responsables de Unidad de Enfermería Hospitalaria, Coordinadores de Centros de Salud –médicos y enfermería- y Coordinadores de Centros de Salud Mental).	Miembros de la Comisión de Dirección del Área a través de canales de comunicación interna (Jefes de Servicio Médico, Responsables de Unidad de Enfermería Hospitalaria, Coordinadores de Centros de Salud –médicos y enfermería- y Coordinadores de Centros de Salud Mental).
RE8. Formación de profesionales noveles y de personal movilizado de otros servicios o unidades.	Responsable de formación continuada según estamento.	Responsable de formación continuada según estamento.
RE9. Escala auto-aplicada para conocer la reacción individual y valorar si se precisa ayuda emocional.	Responsable de Salud Laboral.	Responsable de Salud Laboral.
RE10. Sensibilización, toma de conciencia del impacto emocional que supone atender el actual volumen de pacientes en COVID-19.	Jefe de Salud Mental del Área (en su defecto, Jefe de Unidad Hospitalario y Coordinadores de Centros de Salud Mental).	Jefe de Salud Mental del Área (en su defecto, Jefe de Unidad de Hospitalario y Coordinadores de Centros de Salud Mental).
RE11. Teléfono directo de apoyo psicológico a profesionales atendido por personal especializado.	Jefe de Salud Mental del Área (en su defecto, Jefe de Unidad Hospitalario y Coordinadores de Centros de Salud Mental).	Jefe de Salud Mental del Área (en su defecto, Jefe de Unidad Hospitalario y Coordinadores de Centros de Salud Mental).
RE12. Tiempo de recuperación reglado durante la jornada.	Responsable de Salud Laboral.	Responsable de Salud Laboral.

Recursos	Área/Departamento de Salud con estructura de apoyo consolidada (p.e. Gabinete de Comunicación)	Área / Departamento de Salud sin estructura de apoyo consolidada
RE13. Técnica Defusing, para desactivar la Sobrecarga Emocional (antes de terminar la jornada para NO llevarla a casa y fortalecerse en el próximo Turno)	Jefes de Servicio o Sección hospitalarios, Supervisores de Unidad de Enfermería, Coordinadores de Centros de Salud y Salud Mental, que promuevan la autogestión de la técnica en los Servicios y Unidades a los profesionales que las integran.	Jefes de Servicio o Sección hospitalarios, Supervisores de Unidad de Enfermería, Coordinadores de Centros de Salud y Salud Mental, que promuevan la autogestión de la técnica en los Servicios y Unidades a los profesionales que las integran.
RE14. Protocolo de derivación puntual de profesionales para asistencia individualizada.	Coordinadores de Centros de Salud Mental y/o Responsable de Salud Laboral.	Coordinadores de Centros de Salud Mental y/o Responsable de Salud Laboral.
RE15. Disponibilidad de espacios de descanso en el Centro o cercanos al Centro.	Gerencia a través de la Dirección de Gestión.	Gerencia a través de la Dirección de Gestión.
RE16. Mantener contacto institucional e informar de la situación del Centro al personal confinado en domicilio.	Jefes de Servicio o Sección hospitalarios, Supervisores de Unidad de Enfermería, Coordinadores de Centros de Salud y Salud Mental, formando grupos a través de redes de mensajería instantánea.	Jefes de Servicio o Sección hospitalarios, Supervisores de Unidad de Enfermería, Coordinadores de Centros de Salud y Salud Mental, formando grupos a través de redes de mensajería instantánea.
RE17. Tomar conciencia de qué se espera de los mandos intermedios en una crisis.	Subdirectores Médicos y Enfermería de Área, Coordinador de Equipos de A.P.	Subdirectores Médicos y Enfermería de Área, Coordinador de Equipos de A.P.
R18. Liderazgo informativo de los mandos intermedios.	Jefes de Servicio o Sección hospitalario, Supervisores de Unidad de Enfermería, Coordinadores de Centros de Salud y Salud Mental.	Jefes de Servicio o Sección hospitalario, Supervisores de Unidad de Enfermería, Coordinadores de Centros de Salud y Salud Mental.

Recursos	Área/Departamento de Salud con estructura de apoyo consolidada (p.e. Gabinete de Comunicación)	Área / Departamento de Salud sin estructura de apoyo consolidada
RE19. Planificar el volumen de actividad asistencial demorada. Paliar el previsible impacto en profesionales sanitarios y de apoyo a la labor asistencial de esta sobrecarga física y mental.	Gerencia, Coordinadores de Centros de Salud Mental y Responsable de Salud Laboral.	Gerencia, Coordinadores de Centros de Salud Mental y Responsable de Salud Laboral de referencia.