



## **GESTIÓN ORGANIZATIVA DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN UN ESCENARIO DE RECUPERACIÓN TRAS LA CRISIS POR SARS-CoV-2 EN CENTROS SANITARIOS DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD**

En el marco de la situación de alarma declarada por el Gobierno de España en relación con la pandemia por SARS-CoV-2 la atención sanitaria en la Comunidad Autónoma de Canarias se ha visto obligada a adaptar su organización. Por un lado, para dar soporte a los casos de COVID-19 en Atención Primaria y Atención Hospitalaria a la vez que atender a otros procesos asistenciales y por otro, para reforzar las medidas de prevención con el fin de facilitar la desaceleración de los contagios comunitarios y de personal asistencial. Estas medidas no han afectado en ningún momento a la atención urgente ni a la patología oncológica.

La necesidad de garantizar el funcionamiento de los servicios sanitarios y la organización del personal a su servicio adecuándolo a la situación originada por la aparición del COVID-19, ha motivado que se hayan dictado numerosos actos y disposiciones administrativas en distintos ámbitos de la Administración, entre las que cabe citar la Orden SND 232/2020, de 15 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, que posibilita la adopción de distintas medidas.

Dadas las condiciones actuales de transmisión e infectividad y con la actual tendencia decreciente de nuevos casos en nuestro medio, se hace necesario implementar medidas encaminadas a reorganizar la actividad asistencial en todos sus ámbitos, sin olvidar que la irrupción del SARS-CoV-2 va a requerir nuevos enfoques en la gestión sanitaria.

La OMS, en su última actualización de la estrategia frente al COVID-19 del 15 de abril, recomienda para los países que plantean realizar una desescalada de las medidas impuestas para luchar contra la infección que, entre cada fase, debería existir un periodo de 2 semanas para identificar eficazmente el riesgo de nuevos repuntes en la infección por SARS-CoV-2 y poder responder a los mismos de forma adecuada. Este planteamiento, eminentemente epidemiológico, deberá ser aplicado a la hora de retomar la actividad general de los centros sanitarios, por cuanto cada una de las medidas adoptadas aumenta la movilidad de población desde sus domicilios a los centros y la carga asistencial de la propia institución. A lo anterior se une que, cualquier medida que implique plazos temporales para su implantación y/o evaluación tendrá el respaldo de lo establecido por la Consejería de Sanidad, según lo recomendado por el grupo técnico nombrado para la gestión del COVID-19 y que deberá considerar el escenario local en cada momento.





La reversión gradual de las drásticas medidas de reducción de la actividad ordinaria de los centros sanitarios estará condicionada por:

- Criterios epidemiológicos, que indiquen una reducción sostenida y una estabilización del número de hospitalizaciones o de nuevos casos durante un periodo prolongado.
- Capacidad suficiente del sistema sanitario, en términos de disponibilidad de camas de hospital, productos farmacéuticos, equipos tecnológicos y de protección individual personal y adecuación de recursos humanos a un nuevo planteamiento de gestión de la actividad a nivel de atención primaria y hospitalaria.
- Capacidad de seguimiento adecuada, incluida la capacidad de efectuar pruebas a gran escala para detectar, aislar y controlar sanitariamente de una manera rápida a las personas infectadas.

De manera general se establecen las siguientes medidas:

- ✓ Mantener un perfil alto en materia de información sobre medidas de autoprotección, en especial en el mantenimiento de la distancia personal y social.
- ✓ Necesidad de ser riguroso en la información que se pone a disposición de los profesionales sanitarios.
- ✓ Velar por el cumplimiento exhaustivo de las medidas de higiene de manos como se recoge en la estrategia de minimización de la infección según Instrucción 14/12 de la Directora del Servicio Canario de la Salud, de fecha 16 de octubre de 2012, por la que se establece el sistema de vigilancia de la infección relacionada con la asistencia sanitaria.
- ✓ Asegurar medidas de refuerzo sobre el especial cuidado en la desinfección del material de apoyo al diagnóstico como fonendoscopios, tensiómetros, pulsioxímetros, etc., después de cada uso.
- ✓ Realizar limpieza y desinfección exhaustiva de todos los espacios asistenciales (según protocolos ad hoc según área y nivel asistencial).
- ✓ Estandarizar el uso de mascarillas quirúrgicas/higiénicas para trabajadores, usuarios y acompañantes, sobre todo en áreas asistenciales especialmente sensibles.
- ✓ Establecer controles estrictos sobre el mal uso del uniforme laboral fuera de las instalaciones y áreas de trabajo.
- ✓ Adecuar los horarios de citación en todas las agendas profesionales: consultas médicas, consultas de enfermería, analíticas, pruebas complementarias, etc., de tal manera que se minimicen las aglomeraciones y estancias de pacientes en las salas de espera.





Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (PRL) cooperarán con las Gerencias, adaptando su actividad y recomendaciones con el objetivo general de limitar los contagios de SARS-CoV-2 en el personal sanitario.

Las Gerencias organizarán la actividad de los servicios teniendo en consideración no solo el normal funcionamiento de cada centro sino también el cumplimiento de los requisitos exigidos en medidas de protección personal, aglomeraciones de pacientes/familiares y gestión de agendas.

Por ello, se procurará distribuir y asegurar la asistencia a los usuarios dentro del horario de funcionamiento del centro, en cuanto a la actividad ordinaria de mañana y tarde, sin perjuicio de la atención inherente a la modalidad de guardia para la atención continuada, de forma que se garantice la óptima prestación del servicio. Así, siempre que la actividad lo permita, se podrán adoptar las medidas de ajuste y flexibilización de los horarios de trabajo previstas en la disposición Sexta, de la Instrucción 4/20 de la Directora del Servicio Canario de la Salud, de 13 de marzo.

Las reuniones, sesiones clínicas y formativas que no sean imprescindibles para el normal funcionamiento de la actividad asistencial se limitarán mientras que la situación epidemiológica así lo requiera y, en todo caso, hasta que no se haya comprobado que las medidas tomadas en fase 3 de recuperación no han supuesto ninguna disrupción del sistema. Esto no se aplica a las reuniones que se realicen de manera telemática. Se adecuará el espacio y se garantizará la distancia de seguridad.

Las medidas propuestas en este documento se pondrán en marcha de manera escalonada, de tal forma que antes de implementar un nivel más avanzado de actividad se debe valorar el impacto que ha supuesto el anterior en la organización de cada centro sanitario.

Las fechas propuestas desde la DGPA son las siguientes:

- Fase I. hasta 11 de mayo.
- Fase II. 11- 25 de mayo
- Fase III: 25 de mayo en adelante

Es necesario tener en cuenta que cualquiera de las medidas de recuperación de la actividad está condicionada al mantenimiento de una incidencia a la baja de infección por SARS-CoV-2, por lo que es necesario mantener en todo momento la coordinación con el Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública.





## ❖ ATENCIÓN PRIMARIA.

Se realizará una campaña informativa para que los usuarios que no tienen actualizados sus datos de Tarjeta Sanitaria, fundamentalmente el teléfono y el correo electrónico, lo hagan a la mayor brevedad posible con el fin de mejorar el acceso al sistema sanitario.

### **A. EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

#### FASE 1.-

1. La atención de los pacientes con patología respiratoria que acudan a los centros seguirá realizándose en una zona exclusiva para esta patología, por lo que se mantendrá un sistema de triaje en la entrada del centro.
2. Ante patología respiratoria, se proporcionarán mascarillas quirúrgicas a todos los pacientes que acudan al centro.
3. Se han de mantener los protocolos para el adecuado seguimiento telefónico o telemático de los pacientes aislados con COVID19 en domicilio y continuar con el control de los pacientes por los equipos de Atención Primaria tras el alta hospitalaria.
4. Se priorizará el seguimiento domiciliario de los pacientes con infección leve de las vías respiratorias bajas que no requieran valoración y/o ingreso hospitalario, con contacto telefónico por Atención Primaria.
5. Se minimizará la posibilidad de contacto entre usuarios, por lo que deberán adoptar medidas especiales en las zonas de espera para asegurar una correcta distancia de seguridad.
6. Se mantendrán los recordatorios para la población que acuda al centro sobre la necesidad de la higiene de manos mediante cartelería y se dispondrán dispensadores de solución hidroalcohólica accesibles al público general.
7. Se insistirá en que los pacientes acudan al centro no acompañados salvo que por edad o situación clínica se requiera. En el caso de Pediatría, el menor asistirá acompañado de un solo adulto.
8. Se fomentará la atención a los pacientes en atención domiciliaria, Se mantendrá el seguimiento y el cuidado telefónico proactivo de los mismos, evitando el desplazamiento de las personas cuidadoras a realizar tareas burocráticas. Se priorizará a través de la vía telefónica la detección precoz de posible infección en cualquier usuario de Atención Primaria, especialmente de aquellos identificados como vulnerables.
9. Analíticas. Se reorganizarán las agendas para evitar las aglomeraciones y el contacto entre pacientes. Las extracciones se citarán de forma escalonada reajustando las agendas. Igualmente, el seguimiento de





pacientes anticoagulados (control INR) se realizará de forma espaciada a lo largo del día, al objeto de evitar las aglomeraciones.

10. En Pediatría, se mantendrán los espacios de agenda dedicados a controles de salud de vacunación prioritaria, ampliándose el tramo, en esta primera fase, hasta los 4 años. Se debe hacer triaje de los pacientes sin cita, priorizando los pacientes no demorables, y dando cita a los demorables de tal forma que se impida la masificación en salas de espera.
11. Se reforzará la atención de los profesionales de Trabajo Social en la atención a la problemática sociofamiliar emergente.

## FASE 2.-

1. Se reabrirán los consultorios periféricos de forma progresiva en función de la disponibilidad de personal de las Gerencias.
2. Se recuperarán paulatinamente las consultas programadas y de seguimiento de los distintos programas de salud, empezando por aquellos pacientes de mayor riesgo según el peso de complejidad GMA. En este sentido, se deberá ser proactivo, para lo cual se han identificado a los pacientes crónicos por nivel de fragilidad en listados accesibles desde la historia clínica, añadiéndose un nuevo listado con los pacientes del nivel amarillo (pesos de complejidad equivalentes a un percentil entre 80 y 95).
3. La solicitud de emisión/renovación del Plan de Tratamiento (PTU) se continuará gestionando de forma preferente a través de consulta telefónica, dejando a criterio del médico la necesidad de acudir o no al Centro de Salud.
4. Seguirá cancelada la realización de espirometrías.
5. Se podrán retomar las siguientes prestaciones según las condiciones de cada centro, siempre extremando las medidas de higiene necesarias:
  - Retinografía.
  - ITB/ MAPA.
  - Electrocardiogramas programados.
  - Ecografía.
  - Citologías en mujeres de alto riesgo.
6. En Pediatría, se mantendrán los espacios de agenda dedicados a controles de salud de vacunación prioritaria, ampliándose el tramo en esta segunda fase, hasta los 6 o 12 años, dependiendo del nivel de carga asistencial existente. Debe mantenerse en las agendas la opción de al menos un tercio de la misma con consulta telefónica, para la resolución de problemas y seguimiento domiciliario que se puedan hacer por esta vía.
7. En atención al embarazo se hará coincidir la primera visita y la de la semana 24 con la analítica de sangre.





8. Se hará coincidir la visita puerperal para valoración de lactancia y estado emocional materno con la cita de Pediatría y Trabajo Social si lo precisa.
9. Se establecerán las medidas de seguimiento de las residencias en cada Zona Básica de Salud, fomentando la formación en medidas de seguridad y prevención.

### FASE 3.-

1. La consulta de demanda se atenderá con cita previa, con la recomendación general de solicitud de demanda telefónica. En las demandas sin cita, se canalizará la atención siguiendo los criterios del triaje. En la consulta concertada, serán los profesionales los que tengan la iniciativa de gestionar toda la demanda previsible, ofreciendo la atención según necesidad y eficiencia. Con carácter general se intentará minimizar al máximo las visitas al Centro de Salud.
2. Se retomará la realización de espirometrías y citologías en general.
3. Las unidades de salud bucodental iniciarán su actividad, valorando las intervenciones que puedan demorarse sin perjuicio previsible para el paciente, manteniendo únicamente las actividades prioritarias y/o urgentes, en función de la situación de cada centro. Cada Gerencia valorará la implantación de unidades de referencia en cada isla para la atención bucodental urgente, donde se garantice la dotación de material de protección adecuado.
4. Las reuniones grupales con pacientes se podrán realizar disminuyendo el número de participantes y dependiendo del tamaño de las salas, de tal forma que permita el distanciamiento necesario (1,5-2 metros).
5. Se retomará la cirugía menor en Atención Primaria.
6. En Pediatría, se retomarán las actividades normales del programa de salud infantil y se mantendrán los espacios de agenda de autogestión.
7. Se reinicia el apoyo a la lactancia con citas presenciales individuales tras cita puerperal.

### **B. SERVICIOS NORMALES DE URGENCIA Y PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA.**

Se establecerán zonas diferenciadas separados para pacientes con clínica respiratoria, posible/probable COVID-19.





## ❖ ATENCIÓN HOSPITALARIA.

Se aborda la recuperación progresiva de la actividad en base a los criterios y fases que se enumeran a continuación teniendo en cuenta que, cada Gerencia puede partir de escenarios distintos y, por tanto, adoptar fases de recuperación diferentes:

Con carácter general e independientemente de la fase de recuperación en la que se encuentre cada centro:

1. Se mantendrán los recordatorios para la población que acuda al centro sobre la necesidad de la higiene de manos mediante cartelería y se dispondrán dispensadores de solución hidroalcohólica accesibles al público general.
2. Se minimizará la posibilidad de contacto entre usuarios, por lo que deberán adoptar medidas especiales en las zonas de espera para asegurar una correcta distancia de seguridad.
3. Se reorganizarán las agendas para evitar las aglomeraciones y el contacto entre pacientes. En el caso del área de extracciones se citarán de forma escalonada reajustando las agendas. En la sala de espera se cumplirá estrictamente con la distancia establecida entre pacientes. Este mismo criterio se seguirá para las áreas específicas de seguimiento y control de pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales (consultas de Sintrón), perfiles con sobrecargas de glucosa, etc.
4. En la medida de lo posible, la citación de analíticas y pruebas diagnósticas se realizará en un mismo día/jornada, con el fin de evitar desplazamientos de los pacientes.
5. Es necesario definir espacios físicos con circuitos independientes dentro del bloque quirúrgico y en las plantas de hospitalización para la atención a pacientes COVID-19.
6. Se han de ajustar los horarios de cita de los pacientes para limitar el tiempo de estancia de estos en el recinto hospitalario al estrictamente necesario.
7. Se insistirá en que los pacientes acudan al centro no acompañados salvo que por edad o situación clínica se requiera. En el caso de Pediatría el menor asistirá acompañado de un solo adulto.
8. Las Gerencias hospitalarias establecerán mecanismos para la citación telefónica/telemática de las consultas evitando la acumulación de pacientes en los mostradores de citación.

### **A. CONSULTAS EXTERNAS.**

#### FASE 1.-





1. Los profesionales continuarán valorando las consultas en las que se puede evitar la asistencia física del paciente, realizando en ese caso el acto clínico de consulta por vía telefónica y documentándolo en la Historia Clínica. Se seguirán los mismos criterios que se han estado utilizando en la situación de confinamiento de la población.
2. Cada facultativo/servicio clínico, deberá hacer una revisión de sus propias consultas sucesivas, de un horizonte temporal pactado -y de manera rutinaria- para valorar cualquier cambio que la haga demorable, solucionable vía telefónica o subsidiaria de alta.
3. En caso de que la cita presencial se considere imprescindible, se limitará al mínimo el tiempo de estancia en el centro hospitalario además de facilitar mascarillas quirúrgicas a aquellos usuarios vulnerables que acudan sin ellas. Con el fin de evitar aglomeraciones en salas de espera de consultas, se debe asegurar la gestión de agendas y de las citas horarias, con reparto de las mismas en horario de mañana y tarde.
4. Potenciación de la interconsulta virtual integrada entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria como vía de comunicación entre ambos niveles, evitando el traslado no necesario de pacientes a los centros hospitalarios y agendando al paciente, si procede, para valoración telefónica o presencial.
5. Se retomará las primeras visitas de las consultas de CAEs y hospitalarias. El inicio de la actividad en los CAEs viene condicionada a la mayor cercanía física a los usuarios y por tanto a menores tiempos y distancias en los desplazamientos y a la mayor accesibilidad de la Atención Primaria a estas agendas.
6. Se reanuda la actividad de Fisioterapia destinada a la recuperación funcional de procesos agudos hospitalizados.
7. Se potenciará la utilización de vía telefónica/telemática de los procesos de salud mental que puedan ser atendidos por esta vía.
8. Se reforzará la atención de los profesionales de Trabajo Social en la atención a la problemática sociofamiliar emergente.

## FASE 2.-

1. Se mantiene todo lo referente a la gestión de agendas, revaloración de consultas sucesivas y atención telefónica/telemática de todas aquellas situaciones clínicas que así lo permitan.
2. Se retoma la actividad de las consultas hospitalarias sucesivas que requieran visita presencial del paciente.
3. La actividad de Fisioterapia se ampliará, en función de la situación epidemiológica a la demanda generada desde las respectivas CCEE, con especial atención a la rehabilitación cardiaca, respiratoria y neurológica ambulatoria.







### FASE 3.-

1. Se mantiene todo lo referente a la gestión de agendas, revaloración de consultas sucesivas y atención telefónica/telemática de todas aquellas situaciones clínicas que así lo permitan.
2. Se inicia la actividad de las consultas ordinarias manteniendo los criterios de citación en base a la priorización temporal de las listas de espera correspondientes.
3. La actividad de Fisioterapia, Logopedia y Terapia Ocupacional se ampliará a los procesos ambulatorios, en función de la situación epidemiológica y adaptando los trabajos grupales de tal manera que se mantengan las distancias de seguridad entre pacientes.

## **B. HOSPITALES DE DÍA.**

### FASE 1.-

Los hospitales de día onco-hematológicos han mantenido su actividad habitual, limitando únicamente el número de acompañantes y aumentando la distancia entre pacientes.

### FASE 2.-

1. El resto de los hospitales de día –quirúrgico y polivalente– retomarán su actividad con la programación de aquellos tratamientos y/o intervenciones que sean considerados urgentes o preferentes por los facultativos responsables de los pacientes.

### FASE 3.-

1. Los hospitales de día quirúrgico y polivalente retomarán su actividad habitual.

## **C. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS/TERAPÉUTICAS.**

### FASE 1.-

1. Diagnóstico por imagen:
  - Se definirán circuitos específicos para los pacientes con sospecha de infección COVID-19 o infección confirmada, definiendo para su atención salas específicas que se asumirán como “sucias”. En caso de no disponer de salas de atención específica se programarán al final de





la jornada los pacientes con infección confirmada o sospechosa (caso probable o posible).

- Se potenciará la creación de consultas virtuales entre AP y AH para las interconsultas y validación de aquellas pruebas de imagen que precisen de informe radiológico.
- Las pruebas realizadas mediante ECO, TC, RM, PET, SPECT, etc., se irán programando en función de la prioridad asignada y a criterios clínico/médicos. Las agendas para cada una de las técnicas se irán adaptando gradualmente a la disponibilidad de su realización en condiciones de seguridad (balance nº de salas destinadas a procesos COVID-19 positivos/peticiones y resto de la infraestructura del servicio), hasta alcanzar el 100% de su operatividad.

Se priorizarán los estudios oncológicos, urgentes y preferentes. Se facilitará mascarilla quirúrgica a todos los pacientes que acudan sin ella.

En cualquier caso, la vuelta a los volúmenes de actividad anterior deberá estar en consonancia con la demanda generada desde las consultas externas.

2. Se reducirán las pruebas diagnósticas invasivas con alto riesgo de contagio para pacientes y profesionales a las estrictamente necesarias según la evidencia científica respecto al riesgo-beneficio.
3. Se derivarán a centros de gestión privada con concierto en vigor todas aquellas pruebas que eran derivadas previamente a la crisis, a través de la correspondiente Dirección del Área de Salud".
4. Los procedimientos mediante endoscopia deben limitarse a los casos de urgencia o despistaje de patología neoplásica garantizándose las medidas de protección adecuadas. En esta fase los pacientes a los que se va a someter a técnicas de endoscopias digestivas altas, fibrobroncoscopias o fibroscopias ORL, deberán tener hecho un test serológico rápido (inmunocromatografía) y/o rt-PCR antes de realizar dichos procedimientos.
5. Laboratorio: Se reorganizarán las agendas para evitar las aglomeraciones y el contacto entre pacientes. Las extracciones se citarán de forma escalonada reajustando las agendas. En la sala de espera se cumplirá estrictamente con la distancia establecida entre pacientes.

## FASE 2.-

1. Se amplía la realización de procedimientos mediante endoscopia a todo lo recogido en su cartera, garantizándose las medidas de protección adecuadas.





2. Las áreas de Hemodinámica y Radiología Vascular Intervencionista recuperarán la actividad programada.
3. Se potenciará el control del tratamiento anticoagulante (control INR) por Atención Primaria.

### FASE 3.-

1. Se reanudarán los programas de screening de cáncer de mama y colon.

En el caso de procedimientos diagnóstico-terapéuticos que precisen anestesia general (IOT, mascarilla laríngea, etc.), el servicio médico o quirúrgico responsable deberá solicitar el test de determinación de PCR SARS-CoV-2, 48 horas antes. En la valoración pre-anestésica por parte del Servicio de Anestesiología se comprobará el resultado de dicho test.

En el caso de un procedimiento que requiera sedación en paciente sin sospecha de COVID-19, no será necesario la realización del test, de manera que el personal sanitario observará los niveles de autoprotección que correspondan.

### **D. ACTIVIDAD QUIRÚRGICA.**

La bibliografía revisada hasta el momento en relación con la actividad quirúrgica programada en situación de pandemia por COVID, parece indicar que el acto quirúrgico, sobre todo aquel con complejidad alta y tiempo quirúrgico moderado-alto, se convierte en un importante factor de comorbilidad añadido para los pacientes que pudieran estar en periodo de incubación de la enfermedad asintomático<sup>1</sup>. A la espera de estudios con muestras más amplias, parece que un paciente que desarrolla COVID-19 en el postoperatorio inmediato de una cirugía moderada o compleja, precisará de UCI en un 44% (norma < 25%) de los casos y tiene un riesgo de mortalidad hasta 10 veces superior que un paciente no intervenido quirúrgicamente.

Sin perder de vista el contexto epidemiológico actual, es necesario tener en cuenta que hay patología que requiere, para su resolución, de tratamiento quirúrgico que puede demorarse en el tiempo, siempre y cuando no exceda de los límites de calidad y seguridad en relación con la enfermedad de base, evolución y pronóstico.

Hasta disponer de evidencia científica en el campo del abordaje quirúrgico a pacientes COVID-19 positivo, se considera que todos los pacientes incluidos en

---

<sup>1</sup> S.Lei et al. Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection. EClinicalMedicine (2020), <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2020.100331> (consultado 13/04/2020)





un parte de quirófano deben disponer de pruebas de detección PCR como parte del estudio preoperatorio (valorar test de anticuerpos). De esta manera se intenta asegurar la protección del personal sanitario con competencias en la realización de cada procedimiento quirúrgico y evitar la aparición de complicaciones no controlables por el estado de infección del paciente.

En los pacientes que precisen cirugía urgente se les realizará PCR de urgencia siempre y cuando la intervención permita la demora. Si no fuera el caso, se ha de valorar la realización de test rápidos. En el seguimiento postoperatorio se debe confirmar su situación inmunológica.

Los pacientes pendientes de cirugía electiva que hayan sido considerados como casos confirmados activos por COVID-19, no podrán incluirse en el parte de quirófano hasta no disponer de un resultado negativo, siempre y cuando la cirugía permita la demora. En este caso, el paciente entrará en el circuito asistencial específico para la atención a pacientes COVID-19 positivos.

Se debe tener un resultado previo al ingreso al menos 24-48 horas antes de la intervención.

Cada centro hospitalario tiene conocimiento de su propia disponibilidad de infraestructuras, personal disponible y perfil de pacientes en lista de espera, lo que le marca la cadencia de incorporación de nueva actividad asistencial. En la manera de lo posible, se deben implantar las medidas necesarias para la optimización del proceso quirúrgico y de los recursos disponibles apoyados en la filosofía fast-track y los protocolos ERAS.

Se debe destinar al menos un quirófano y todo su equipamiento para la atención exclusiva de pacientes COVID-19 positivo.

Si fuera necesario utilizar otro local para intervenir a pacientes COVID-19, las cirugías se programarán a última hora del turno correspondiente.

Se propone como pauta general acometer:

#### FASE 1:

1. Se realizará la programación teniendo en cuenta la ocupación de las camas críticas postquirúrgicas.
2. Se iniciará la actividad de los procedimientos quirúrgicos realizados bajo anestesia loco-regional y procedimientos susceptibles de ser realizados como cirugía mayor ambulatoria (CMA) y cirugía menor.
3. Se iniciará la actividad de los procedimientos clasificados como de prioridad alta (Instrucción 16-01 del Director del Servicio Canario de la Salud por la





que se establece el sistema de gestión e información quirúrgica programada) y que equivale a la prioridad 1 de lo recogido en el RD 605/2003, de 23 de mayo.

4. Se realizará test serológico rápido (inmunocromatografía) y/o rt-PCR a las gestantes asintomáticas a término que tengan pendiente el ingreso para el parto por inducción programada o cesárea electiva.

#### FASE 2:

1. Mantener la actividad incluida en la fase 1.
2. Procedimientos quirúrgicos clasificados de prioridad media.

#### FASE 3:

1. Programación quirúrgica habitual según lista de espera y priorización del proceso.

En relación con los procedimientos de anestesia, considerar prioritariamente posibilidad de epidural, espinal, regional o sedación.

En el caso de procedimientos de cirugía menor y/o locorregional, no será necesaria la realización del test, de manera que el paciente accederá al quirófano con mascarilla quirúrgica y el personal sanitario utilizará mascarilla FFP2 y gafas de protección/pantalla facial.

De estimarse necesaria anestesia general, se recomienda intubación y extubación dentro de quirófano<sup>2</sup>. (*COVID-19 Pandemic Surgery Guidance*). Si se prevé que no se pueda extubar dentro de quirófano, se priorizará la utilización de tubos endotraqueales con aspiración subglótica.

La cirugía por laparoscopia no debería usarse en general, en las fases 1 y 2, mientras se mantengan las circunstancias actuales. Los profesionales valorarán la elección de técnicas en función del riesgo<sup>3</sup> y de la evidencia científica en esas fases.

En el caso de realizarse intervenciones por laparoscopia, se recomienda:

- Inspección detallada del equipo de laparoscopia, el equipo de aspiración, etc., antes de la cirugía para asegurar el correcto funcionamiento de todo el equipo.

2. BLDM Brücher et al. COVID-19: pandemic surgery guidance. EDP Sciences 2020. [<https://doi.org/10.1051/fopen/2020002>][<https://www.4open-sciences.org/articles/fopen/pdf/2020/01/fopen200002s.pdf>]

3 Updated General Surgery Guidance on COVID-19, 6 April 2020 [<https://www.rcseng.ac.uk/coronavirus/joint-guidance-for-surgeons-v1/>]





- Revisar cuidadosamente el agujero del trócar para detectar fugas de aire (será de especial utilidad con autosellado tipo Hasson) y prestar especial atención en el tamaño de la incisión.
- El orificio del trócar habrá de estar conectado a succión de presión negativa con sello de agua.
- Antes de realizar la incisión de asistencia para la extracción de la pieza se ha de apagar el insuflador y vaciar el neumoperitoneo mediante la presión negativa conectada al sello de agua.
- Durante el uso del bisturí eléctrico se deberá usar un dispositivo de aspiración de humos para evitar en todo momento la inspiración por el personal.

En el caso de las cirugías NOTES (cirugía endoscópica transluminal por orificios naturales) y TaTME (técnica de escisión total del mesorrecto por vía transanal) se ha de tener en cuenta que existe un momento en el procedimiento en el que se produce una gran evacuación de aerosol al realizar la apertura –NOTES- o al comunicar un canal de trabajo con otro –TATME. Por ello, mientras dure la situación epidemiológica actual, se recomienda evitar ambas técnicas por el alto riesgo de dispersión mediante aerosol y posible exposición al virus del personal de quirófano, con el consiguiente riesgo de infección cruzada.

Es imprescindible:

- Limitar al mínimo imprescindible la presencia de personal en el quirófano. Se ha de evitar, por tanto, circulación de profesionales que no intervengan directamente en el acto quirúrgico.
- Evitar en lo posible las estancias prequirúrgicas, intentando que el paciente ingrese el mismo día de la cirugía en el caso de intervenciones programadas.
- Restringir las visitas de familiares y allegados a los pacientes ingresados; se recomienda que sea sólo un acompañante, preferentemente que conviva de manera habitual con el paciente y manteniendo estrictas medidas de higiene de manos.
- Con el fin de mantener la equidad, la programación debe seguir criterios de preferencia clínica y antigüedad de lista de espera.
- Los Servicios de Admisión derivarán los procesos quirúrgicos habituales a los centros de gestión privada con conciertos en vigor para cada tipo de prestación, a través de la correspondiente Dirección del Área de Salud. Cada centro en función de su disponibilidad valorará la concertación del uso de quirófanos con personal propio de la gerencia en jornada ordinaria.
- Se deben establecer sistemas telemáticos/telefónico para comunicarse con los familiares tras la cirugía y mientras dure el ingreso del paciente.





## E. HOSPITALIZACIÓN.

Se mantendrán las áreas específicas de pacientes COVID-19 separadas de las plantas de hospitalización convencional.

### FASE 1.-

1. Los pacientes cuya patología lo permita serán dados de alta de forma temprana con el fin de evitar riesgos derivados de la hospitalización y se potenciará la hospitalización a domicilio.
2. Se continuará con la restricción de visitas establecida en el estado de alarma, con excepción de pacientes con deterioro cognitivo, discapacidad, menores, partos y pacientes en fase terminal. Se limitarán las rotaciones de familiares visitantes.
3. Se establecerá un plan de comunicación con los Centros Concertados a fin de liberar camas de pacientes que, pese a continuar necesitando ingreso, no tengan altos requerimientos. En todos los casos de traslado se garantizará que los pacientes trasladados tengan un test de COVID negativo.

### FASE 2.-

1. Se incorporarán los ingresos programados de carácter médico.
2. Se continuará con la restricción de visitas a un único familiar, evitando el recorrido de pacientes y familiares por los pasillos (los pacientes y familiares deben permanecer en las habitaciones, saliendo sólo cuando sea imprescindible y con mascarilla quirúrgica).

En todos los casos:

- Se priorizará la información telefónica a los familiares de pacientes ingresados en Hospitalización, UCI o REA garantizando el cumplimiento de la Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Se deben establecer sistemas telemáticos/telefónico para comunicarse con los familiares durante el episodio de hospitalización y mientras dure el ingreso del paciente.
- Se garantizarán los Cuidados Paliativos y el acompañamiento a pacientes de mal pronóstico vital, con las medidas de protección adecuadas.

## F. URGENCIAS HOSPITALARIAS.





1. Se mantendrán circuitos separados para pacientes con clínica respiratoria, posible/probable COVID-19.
2. Se crearán circuitos específicos para realización de pruebas diagnósticas.

## **G. FARMACIA HOSPITALARIA.**

1. Se mantendrá la dispensación hospitalaria de fármacos para dos meses.
2. Se continuará con el reparto a domicilio de acuerdo a la Instrucción de la Dirección General de Programas Asistenciales de 06/04/20.

Debido a la incidencia actual de casos de infección COVID-19 en su área de salud y a la densidad de incidencia observada durante la pandemia y su impacto en la actividad hospitalaria, los siguientes hospitales recobrarán su actividad completa el 4 de mayo, sin perjuicio de la incorporación de las medidas generales y organizativas en materia de citación y gestión de agendas que se recogen en este documento, aunque sin restricciones ni escalonamiento en el acceso:

- Gerencia de Servicios Sanitarios de La Gomera.
- Gerencia de Servicios Sanitarios de El Hierro.

Santa Cruz de Tenerife,

El Director General de Programas Asistenciales

**Octavio L. Jiménez Ramos**

**Antonio José Olivera Herrera**

EL DIRECTOR DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD  
(Por Suplencia, Decreto 29/2020, BOC núm. 62, de 26-3-2020)  
EL VICECONSEJERO DE LA PRESIDENCIA

Dirigido a:

- Sres. Y Sras. Jefes/as Responsables de Servicio de la D. G. Programas Asistenciales.
- Sres. Directoras/as Gerentes de Complejos Hospitalarios del SCS.
- Sres./as. Gerentes de Servicios Sanitarios del SCS.
- Sres. Gerentes de Atención Primaria del Área de Salud.
- Ilmo. Sres./Sras. Directores de Áreas del SCS.
- Instituto Canario de Hemodonación y Hemoterapia.



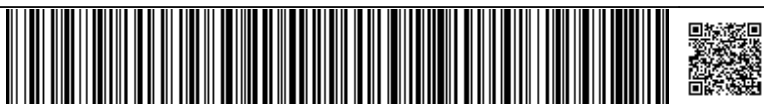




## INFORMACIÓN SOBRE LA/S FIRMA/S Y REGISTRO/S DEL PRESENTE DOCUMENTO:

Este documento ha sido firmado electrónicamente por:	
ANTONIO JOSE OLIVERA HERRERA - VICECONSEJERO DE LA PRESIDENCIA OCTAVIO LUIS JIMENEZ RAMOS - DIRECTOR GENERAL PROGRAMAS ASISTENCIALES	Fecha: 30/04/2020 - 14:04:42 Fecha: 30/04/2020 - 10:39:55
Este documento ha sido registrado electrónicamente:	
REGISTRO INTERNO - N. Registro: SCS / 25961 / 2020 - Fecha: 30/04/2020 14:19:32	Fecha: 30/04/2020 - 14:19:32
REGISTRO INTERNO - N. Registro: SCS / 25960 / 2020 - Fecha: 30/04/2020 14:19:32	Fecha: 30/04/2020 - 14:19:32
REGISTRO INTERNO - N. Registro: SCS / 25959 / 2020 - Fecha: 30/04/2020 14:19:32	Fecha: 30/04/2020 - 14:19:32
REGISTRO INTERNO - N. Registro: SCS / 25958 / 2020 - Fecha: 30/04/2020 14:19:32	Fecha: 30/04/2020 - 14:19:32
REGISTRO INTERNO - N. Registro: SCS / 25957 / 2020 - Fecha: 30/04/2020 14:19:32	Fecha: 30/04/2020 - 14:19:32
REGISTRO INTERNO - N. Registro: SCS / 25956 / 2020 - Fecha: 30/04/2020 14:19:32	Fecha: 30/04/2020 - 14:19:32
REGISTRO INTERNO - N. Registro: SCS / 25955 / 2020 - Fecha: 30/04/2020 14:19:32	Fecha: 30/04/2020 - 14:19:32
REGISTRO INTERNO - N. Registro: SCS / 25953 / 2020 - Fecha: 30/04/2020 14:18:32	Fecha: 30/04/2020 - 14:18:32
REGISTRO INTERNO - N. Registro: SCS / 25952 / 2020 - Fecha: 30/04/2020 14:18:32	Fecha: 30/04/2020 - 14:18:32
REGISTRO INTERNO - N. Registro: SCS / 25951 / 2020 - Fecha: 30/04/2020 14:18:32	Fecha: 30/04/2020 - 14:18:32
REGISTRO INTERNO - N. Registro: SCS / 25950 / 2020 - Fecha: 30/04/2020 14:18:32	Fecha: 30/04/2020 - 14:18:32
REGISTRO INTERNO - N. Registro: SCS / 25949 / 2020 - Fecha: 30/04/2020 14:18:32	Fecha: 30/04/2020 - 14:18:32
REGISTRO INTERNO - N. Registro: SCS / 25948 / 2020 - Fecha: 30/04/2020 14:18:32	Fecha: 30/04/2020 - 14:18:32
REGISTRO INTERNO - N. Registro: SCS / 25947 / 2020 - Fecha: 30/04/2020 14:18:32	Fecha: 30/04/2020 - 14:18:32
REGISTRO INTERNO - N. Registro: SCS / 25946 / 2020 - Fecha: 30/04/2020 14:18:32	Fecha: 30/04/2020 - 14:18:32
REGISTRO INTERNO - N. Registro: SCS / 25945 / 2020 - Fecha: 30/04/2020 14:18:32	Fecha: 30/04/2020 - 14:18:32
REGISTRO INTERNO - N. Registro: SCS / 25944 / 2020 - Fecha: 30/04/2020 14:18:32	Fecha: 30/04/2020 - 14:18:32
REGISTRO INTERNO - N. Registro: SCS / 25943 / 2020 - Fecha: 30/04/2020 14:18:32	Fecha: 30/04/2020 - 14:18:32
REGISTRO INTERNO - N. Registro: SCS / 37744 / 2020 - Fecha: 30/04/2020 14:17:10	Fecha: 30/04/2020 - 14:17:10

En la dirección [https://sede.gobcan.es/sede/verifica\\_doc](https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc) puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente:  
0iMC8\_Ni jZbxJZpW4aNhv6y\_WBs1 jVqBz



El presente documento ha sido descargado el 30/04/2020 - 14:20:37