

Recomendaciones de la Sociedad Valenciana de Medicina Física y Rehabilitación (SVMEFR) para la normalización progresiva de la actividad asistencial en la pandemia por COVID-19

ÍNDICE

- Introducción
- Normas generales
- Recomendaciones específicas en diferentes situaciones asistenciales
- Recomendaciones en técnicas intervencionistas
- Niveles de tratamiento
- Priorización asistencial
- Control de datos de asistencia a COVID-19
- Bibliografía

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este documento es orientar a los médicos rehabilitadores de la Comunidad Valenciana en cuanto a las medidas a adoptar durante la fase de desescalada en la pandemia COVID19, para ir progresivamente normalizando la actividad asistencial en los diferentes centros/servicios de Medicina Física y Rehabilitación (MFR), teniendo en cuenta que las evidencias disponibles sobre la normalización asistencial son insuficientes.

Las consecuencias físicas y psíquicas de haber padecido COVID-19 no son la única condición que requiere rehabilitación. Durante la pandemia, los pacientes han continuado experimentando otras enfermedades y lesiones, de modo que la planificación futura de los centros/servicios de MFR debe centrarse en la organización de la atención sanitaria de ambos grupos de población.

El Ministerio de Sanidad considera imprescindible reforzar las medidas de higiene personal en todos los ámbitos de trabajo y frente a cualquier escenario de exposición. Así pues, la progresiva reanudación de la actividad asistencial en MFR debe maximizar la protección tanto de los pacientes y como de todo el personal sanitario.

Por otra parte, es importante valorar con datos objetivos la repercusión asistencial que los pacientes afectados de COVID-19 están suponiendo en los servicios de MFR.

Queda pendiente todavía la consulta al Comité de Bioética de la Comunidad Valenciana sobre la necesidad o no de un documento de Consentimiento Informado sobre el riesgo de infección COVID-19 durante la asistencia sanitaria presencial.



La aplicación de las recomendaciones dependerá evidentemente de las características particulares de cada centro, así como de los protocolos establecidos por las diferentes gerencias.

NORMAS GENERALES

En el estado actual de la pandemia COVID-19, al carecer todavía de una vacuna contra el virus SARS-CoV-2, las medidas básicas para evitar el contagio se basan en el “mantenimiento del distanciamiento social” y la adopción de “medidas de protección personal”.

En la situación de pandemia COVID-19 los pacientes atendidos en los centros/servicios de MFR se pueden clasificar en tres categorías:

- PACIENTE ex-COVID-19: Paciente que lleva más de 21 días asintomático y/o con dos PCR negativas separadas 3 días en los 10 días previos a la visita. El paciente puede ser portador cutáneo por reciente contacto.
- PACIENTE COVID-19(-): Paciente sin síntomas de enfermedad por COVID19 en los últimos 30 días y sin haber tenido contacto con paciente COVID19(+) en los últimos 30 días. No se puede excluir con total certeza (ni con PCR reciente) que sea portador asintomático.
- PACIENTE COVID-19(+): Estos pacientes deben ser tratados en un entorno fuera de consultas.

Queda por lo tanto reflejado que CUALQUIER CONTACTO con un paciente o su acompañante supone un riesgo de contagio.

Es importante evitar la consulta y tratamiento presencial de cualquier paciente/acompañante con posible infección activa o en posible periodo de incubación, teniendo en cuenta que éste puede oscilar de 5 a 14 días tras el contacto.

El cribado se puede realizar a través de una check list, de forma que NO acuda a consulta o sesiones de terapia ningún paciente/acompañante que presente:

- Temperatura $>37.5^{\circ}\text{C}$
- Tos
- Sensación de falta de aire
- Diarrea o vómitos
- Mal estar general importante
- Disminución de olfato o gusto
- Lesiones variadas en la piel (pecho, dedos de manos y pies), generalmente en niños y adolescentes
- Posible contacto con persona COVID-19(+) en los últimos 14 días.
- Haber padecido COVID-19 sin demostrada curación con menos de 21 días asintomático. En el caso de que durante la anamnesis sospechemos esta situación y el paciente precise acudir a sesiones de terapia se recomienda solicitar un test PCR para confirmar negatividad.



La check list puede completarse de forma telefónica o bien a la llegada del paciente. En caso de que el paciente no pase la criba se le debe remitir a valoración por médico de atención primaria.

Así mismo, todos los profesionales con sintomatología sospechosa deben contactar con el servicio de prevención de riesgos laborales. Los que se clasifiquen como caso posible, probable o confirmado, deberán retirarse de la actividad laboral y permanecer aislados en su domicilio. Se debe mantener la vigilancia en caso de resultado negativo en el test de PCR y se deberá valorar la repetición del mismo en función de la evolución. La combinación de PCR y detección de anticuerpos específicos, incrementa el porcentaje de detección de la infección por SARS-Cov-2 hasta el 100% a partir de los 15 días del inicio de los síntomas (*Anexo1*).

A fin de contribuir a respetar el distanciamiento social, se recomienda minimizar el tiempo de permanencia de los pacientes tanto en la sala de espera como en las consultas externas o en las salas de terapia.

Se ha propuesto como medida de distanciamiento social una distancia de 2 m entre personas que no conviven en un mismo domicilio.

Este distanciamiento social con frecuencia es difícil de respetar durante la atención sanitaria presencial del paciente. Por este motivo se deben de reforzar otras medidas de protección a nivel personal, sin olvidar que la infectividad puede ser bidireccional, paciente/sanitario y viceversa.

Las primeras medidas básicas de protección individual que SIEMPRE se deben llevar a cabo son:

- Lavado frecuente de manos siguiendo las recomendaciones de la OMS (*Anexo2*).
La higiene de manos es la medida más sencilla y eficaz para prevenir la transmisión del SARS-CoV-2, cuya envoltura lipídica es desactivada con las sustancias surfactantes de los jabones. El jabón corriente de manos, sea sólido o líquido es suficiente. Lo importante es la duración de la fricción, que debe durar como mínimo 40-60 segundos. Otra opción es usar solución hidroalcohólica, pero si las manos están sucias no va a ser efectiva, por lo que se recomienda el lavado con agua y jabón.
- Evitar tocarse ojos, nariz, boca y cara sin lavado de manos previo.
- Toser o estornudar cubriendo la boca con codo flexionado
- Empleo de pañuelo desechable para limpiar secreciones respiratorias

Los componentes de los equipos de protección individual (EPI) van a variar en función de las diferentes situaciones asistenciales. Pueden estar compuestos por:

- Mascarilla. Los tipos de mascarillas existentes en función de los distintos tipos de protección se exponen en el *Anexo3*. Es de destacar que la mascarilla quirúrgica (o médica) es una barrera que limita la transmisión de un agente infeccioso, evitando la emisión de organismos infecciosos, pero no protege del



contagio a quien la lleva puesta. Las mascarillas caseras en principio funcionan igual que las quirúrgicas, pero carecen de cualquier homologación. La mascarilla FFP2 sin válvula de exhalación es la única mascarilla que evita la emisión de organismos infecciosos y a la vez protege del contagio a quien la lleva puesta. Si todas las personas llevan mascarilla quirúrgica, la protección de todos frente al contagio es similar a llevar una mascarilla FFP2.

- Gafas, pantallas. Tanto las gafas estancas como las pantallas de amplia superficie han mostrado su utilidad para prevenir el contagio. La protección ocular (vía conjuntiva) que ofrecen las gafas estancas parece superior a las pantallas. La protección cutánea facial es mayor en las pantallas de 180° de circunferencia mínima. Gafas y pantallas son reutilizables tras una correcta desinfección (*Anexo4*).
- Guantes. Llevar guantes de forma permanente supone un riesgo elevado de contagio por dar una falsa sensación de seguridad. Su empleo debe limitarse estrictamente al momento del contacto directo del personal sanitario con el paciente, retirándose tras el mismo. La verdadera autoprotección es el lavado correcto de manos.
- Batas desechables.
- Batas o buzos impermeables.

TODAS las personas (pacientes, acompañantes, personal administrativo, personal sanitario) deben llevar MASCARILLA QUIRÚRGICA y deben realizar LAVADO FRECUENTE DE MANOS con agua y jabón o gel hidroalcohólico.

Se recomienda extremar la limpieza de las zonas comunes según los protocolos de los diferentes centros, así como de las consultas y salas de terapia después de atender a cada paciente (*Anexo5*)

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EN DIFERENTES SITUACIONES ASISTENCIALES

A continuación se detallan recomendaciones que pueden aplicarse en las diferentes situaciones asistenciales:

1. Sala de espera/administración

- Dotar las salas de espera de carteles informativos sobre la importancia de mantener el distanciamiento social, la higiene de manos con gel hidroalcohólico y uso de mascarilla quirúrgica.
- Anular para su uso asientos alternos.
- Avisar a pacientes para evitar acudir con acompañante si no es imprescindible.
- Avisar a pacientes de la importancia de respetar horario de la visita.
- Dotar salas de espera de dispensadores de gel hidroalcohólico.
- Proporcionar mascarillas quirúrgicas a pacientes/acompañantes que no dispongan de las mismas.



- Control de Temperatura a todas las personas en sala de espera con termómetro de infrarrojos.
- Completar la check list de cribado al paciente/acompañante si no se ha realizado telefónicamente.

2. Consultas externas

- Aumentar el tiempo asignado a primeras visitas, revisiones y técnicas (implicará una reducción de la actividad asistencial presencial)
- Recurrir a cambiar el horario de algunas consultas de la mañana a la tarde.
- Controlar al máximo el número de personas dentro de una consulta (si no es imprescindible, el acompañante debe esperar fuera de la consulta).
- Separar la silla del paciente de la mesa de la consulta durante la anamnesis.
- Evitar que el paciente deposite objetos personales encima de la mesa de consulta.
- Agilizar al máximo la duración del acto presencial del paciente dentro de la consulta.
- Asignar horarios laborales de los facultativos para consultas telefónicas /telemáticas en procesos que se consideren “no urgentes”.
- Dotar consultas de dispensadores de gel hidroalcohólico.
- Realizar desinfección del mobiliario (mesa, sillas, camilla) y aparataje después de cada uso.
- El EPI del médico rehabilitador debe estar compuesto por:
 - Mascarilla
 - Mascarilla quirúrgica de forma habitual
 - Mascarilla FFP2 sin válvula o FFP2 con válvula + mascarilla quirúrgica por encima
 - En procedimientos intervencionistas
 - En abordaje intracavitario oral
 - En procedimientos generadores de aerosoles
 - Pantalla de forma habitual
 - Guantes
 - Guantes de forma habitual
 - Doble guante en abordaje intracavitario (oral, vaginal, rectal)
 - Bata
 - Bata desechable
 - En procedimientos intervencionistas
 - En procedimientos que requieran abordaje intracavitario vaginal y rectal.
 - Bata impermeable
 - En procedimientos generadores de aerosoles
 - En procedimientos que requieran abordaje intracavitario oral.



3. Sala de Fisioterapia

- Dotar las salas de fisioterapia de carteles informativos sobre la importancia de mantener el distanciamiento social, la higiene de manos con gel hidroalcohólico y uso de mascarilla quirúrgica.
- Respetar la distancia de 2 m en la ubicación de pacientes en las diferentes áreas de terapia (camillas, aparataje de cinesiterapia, aparataje de técnicas de terapia física).
- Evitar la citación en el mismo horario de varios pacientes asignados a un único fisioterapeuta (implicará una reducción de la actividad asistencial presencial).
- Recurrir a cambiar el horario de algunas sesiones de terapia de la mañana a la tarde.
- Intentar que las técnicas que requieren contacto físico estrecho no se prolonguen más de 15 minutos.
- Asignar horario laboral de fisioterapeutas para seguimiento de forma telefónica/telemática de pacientes con tratamiento de rehabilitación en domicilio.
- Dotar salas de fisioterapia de dispensadores de gel hidroalcohólico.
- Realizar desinfección del mobiliario (mesa, sillas, camilla) y aparataje después de cada uso.
- El EPI del fisioterapeuta debe estar compuesto por:
 - Mascarilla
 - Mascarilla quirúrgica de forma habitual
 - Mascarilla FFP2 sin válvula o FFP2 con válvula + mascarilla quirúrgica por encima
 - En abordaje intracavitario oral
 - En procedimientos generadores de aerosoles
 - Pantalla de forma habitual
 - Guantes
 - Guantes de forma habitual
 - Doble guante en abordaje intracavitario (oral, vaginal, rectal)
 - Bata
 - Bata desechable
 - En procedimientos que requieran abordaje intracavitario vaginal y rectal.
 - Bata impermeable
 - En procedimientos generadores de aerosoles
 - En procedimientos que requieran abordaje intracavitario oral.

4. Sala de hospitalización y UCI

En el estado de pandemia a todos los pacientes hospitalizados se les realiza test de PCR para decidir si precisan o no aislamiento.



En la asistencia a pacientes COVID-19(-) el EPI tanto del médico rehabilitador como del fisioterapeuta estará compuesto por los mismos elementos ya descritos en los apartados de consultas externas y sala de fisioterapia.

En la asistencia a pacientes COVID-19(+) el EPI debe incluir (*Anexo6*):

- Mascarilla FFP2 sin válvula o FFP2 con válvula + mascarilla quirúrgica por encima o FFP3 + mascarilla quirúrgica por encima en procedimientos generadores de aerosoles.
- Pantalla o gafas estancas
- Doble guante
- Buzo impermeable o bata impermeable.
- Gorro desechable
- Calzas desechables

Se deben extremar las medidas correctas de puesta y retirada de los equipos (video explicativo <https://enfermeriatv.es/es/coronavirus-protocolo-epis/>).

RECOMENDACIONES EN TÉCNICAS INTERVENCIONISTAS

1. Recomendaciones generales:

El Grupo de Trabajo de Rehabilitación Intervencionista de SERMEF ya ha emitido recomendaciones para aplicar en procedimientos intervencionistas durante la fase de normalización asistencial que recomendamos tener en cuenta (<http://svmefr.com/wp-content/uploads/2020/05/Recomendaciones-GTRI-1.pdf>). De entre sus recomendaciones destacamos:

- Empleo de mascarilla FFP2 sin válvula o FFP2 con válvula + mascarilla quirúrgica, como precaución ante posible cuadro vagal del paciente en el que se requeriría retirada de su mascarilla quirúrgica.
- En los procedimientos en niños se recomienda priorizar el uso de la sedación frente al empleo de mascarilla de óxido nitroso por la posible generación de aerosoles. En caso de no haber alternativa al óxido nitroso se deberá garantizar la negatividad del niño para el COVID-19 mediante test de PCR según el protocolo de cada centro.

2. Fármacos a utilizar

- En la firma del consentimiento informado específico de cada técnica se recomienda informar de riesgo específico derivado por la exposición al COVID19.
- Minimizar el tiempo tanto en la sala de espera como dentro de la consulta en la medida de lo posible (preparación del material, ecógrafo y medicación a utilizar).



- Sería recomendable previo a la realización de las técnicas intervencionistas que precisen interacción prolongada y cercana (mayor de 15 minutos), se dispusiera de la combinación de una técnica PCR negativa junto con el test de anticuerpos.

Ante la falta de estudios específicos en COVID-19, las recomendaciones actuales son las siguientes:

- En el uso de corticoides se valorará individualmente el riesgo/beneficio por su potencial efecto inmunosupresor, valorando otras opciones si es posible. El período de incubación del SARS-CoV-2 es largo, entre 5 a 14 días. Esto significa que administrar una inyección de esteroides a un paciente posible portador asintomático podría ponerlo en riesgo de resultado adverso frente al virus.
- Se recomienda aplazar el uso de factores de crecimiento o sustancias afines.
- Los anestésicos locales: valorar según perfil de efectos secundarios cardio y neurotóxicos en pacientes post-COVID-19 (posibles cardiopatías y encefalopatías todavía por determinar) e interacciones con medicación concomitante.
- El resto de fármacos habitualmente empleados (toxina botulínica, colágeno, ácido hialurónico, etc.) no presentan interacciones conocidas en la actualidad.

NIVELES DE TRATAMIENTO

La valoración clínica realizada por el médico rehabilitador determinará la indicación o no de tratamiento. En función de la situación clínica y apoyo social, los pacientes son remitidos a un determinado nivel asistencial, siempre bien coordinados entre sí:

- Rehabilitación en unidades básicas de rehabilitación de los centros de salud
- Rehabilitación ambulatoria en centros hospitalarios
- Rehabilitación ambulatoria en unidades de neurorrehabilitación integral (propias, concertadas o privadas según los acuerdos del departamento de salud)
- Rehabilitación en régimen de ingreso hospitalario en HACLE (hospitales de asistencia a pacientes crónicos, de larga estancia y unidades de daño cerebral).

Las medidas de distanciamiento social necesarias para el control de la pandemia van a implicar una reducción importante de la actividad asistencial presencial. En la medida de lo posible, desde la consulta se debe potenciar al máximo el recurrir a medidas telemáticas para llevar a cabo las pautas de rehabilitación en el propio domicilio, siempre que la situación clínica del paciente lo permita.

En la página web de la SVMEFR, en la sección de aplicaciones de consulta (<http://svmefr.com/aplicaciones-de-consulta/>), en el apartado ejercicios se puede acceder a recursos que facilitan la adherencia y el empoderamiento del paciente en su propio tratamiento. En la actualidad se está trabajando para ampliar estos recursos tanto en formato video como en formato pdf en un amplio abanico de patologías.



PRIORIZACIÓN ASISTENCIAL

La necesaria reducción de la actividad asistencial presencial en el periodo de progresiva normalización obliga a seleccionar de forma más estricta las patologías a atender en consultas y salas de terapia.

Se considera urgente la asistencia a:

- Patología derivada de la infección COVID-19
- Daño neurológico agudo
- Rehabilitación tras cirugía reciente
- Rehabilitación patología musculoesquelética aguda con riesgo elevado de secuelas.

No obstante, se debe tener siempre en cuenta si el paciente pertenece a la población de riesgo evitando en lo posible la asistencia presencial a fin de minimizar el riesgo de contagio:

- Mayor de 65 años
- Inmunodepresión
- Enfermedad respiratoria crónica (EPOC, asma)
- Enfermedad cardiovascular
- Enfermedad renal crónica en tratamiento con diálisis
- Enfermedad hepática
- Diabetes Mellitus
- Obesidad tipo III o superior (IMC >40)

CONTROL DE DATOS DE ASISTENCIA A COVID19 en MFR:

El tratamiento rehabilitador durante la estancia en UCI y tras el alta de la misma en patologías críticas ha demostrado ser efectivo, eficiente y rentable. El acceso rápido a un programa de rehabilitación aguda proporciona una intervención temprana adecuada a las necesidades de rehabilitación cognitiva, neuroconductual y musculoesquelética.

La implicación de los servicios de MFR en la atención a los pacientes afectados de COVID-19 grave está suponiendo un aumento de esta demanda asistencial, que es preciso objetivar. Por este motivo se recomienda:

- Tener registro de todos los pacientes afectados de COVID-19 atendidos por los servicios de MFR
- Cooperar en la recolección de variables clínicas, a poder ser comunes o por lo menos un conjunto mínimo de datos.

Muchos de los pacientes con infección COVID-19 que han requerido ingreso prolongado en UCI van a presentar secuelas no sólo en la esfera física sino también en otras que debemos evaluar y tratar para minimizar el impacto a nivel biopsicosocial



que esta enfermedad puede ocasionar (*Anexo7*). Será recomendable prestar una atención continuada y coordinada en los diferentes niveles asistenciales desde su ingreso en UCI hasta el alta.

Van a requerir un abordaje integral de la discapacidad física, cognitiva, psicosocial, laboral y también el manejo del dolor.

Algunas de las escalas y cuestionarios que nos pueden ayudar para la detección de las posibles alteraciones y así poder aplicar su correcto abordaje podrían ser:

1. Función física
 - MRC-SS (DAUCI clínico si $<48/60$ valorado en deltoides, bíceps, extensores muñeca, flexiones cadera, cuádriceps, extensores tobillo)
 - Cicloergometría (según fase evolutiva)
 - Test de 6 minutos marcha
 - Test time up and go
 - Test de fragilidad: Short Physical Performance Battery (SPPB)
 - Dinamometria de mano
 - Valoración de pruebas funcionales cardio-pulmonares, medición de la fuerza muscular respiratoria PIM-PEM.
2. Función cognitiva
 - Montreal Cognitive Assessment (MOCA)
3. Función emocional:
 - Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (GADS)
4. Otras:
 - AVD básicas: I Barthel
 - AVD instrumentales: escala de Lawton y Brody
 - Cuestionario de calidad de vida SF-36
 - Alteraciones de la deglución y nutrición: Mini Nutritional Assessment (MNA)
 - Analítica: función renal, hepática, vitamina D.
 - Valoración de dolor (Escala Visual Analógica; Escala Numérica de Dolor)

**BIBLIOGRAFÍA:**

- https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-control-for-the-care-of-patients-with-2019-nCoV-healthcare-settings_update-31-March-2020.pdf
- <http://svmefr.com/wp-content/uploads/2020/05/Recomendaciones-GTRI-1.pdf>
- <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/secondary-care/other-resources/specialty-guides/>
- https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/CO0043_Specialty-guide-and-coronavirus_-MSK-corcosteroid_-v1.pdf
- <https://mailchi.mp/6600e215531b/bnn-recommendations-for-botulinum-toxin-clinics-in-uk-when-resuming-injections-clinics?e=%5bUNIQID>
- Phillips M et al. Rehabilitation in the wake of Covid-19 - A phoenix from the ashes. Issue 1 27.4.2020. British Society of Rehabilitation Medicine | Registered charity number 293196
- Anticuerpos anti-sars-cov-2 actualización Sociedad Española de Inmunología <https://www.inmunologia.org/Upload/Documents/1/5/2/1529.pdf>
- https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/img/COVID19_sintomas.jpg
- https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Recomendaciones_uso_mascarillas_ambito_comunitario.pdf
- https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Medidas_higienicas_COVID-19.pdf
- http://www.sen.es/attachments/article/2677/Manual_neuroCOVID-19_SEN.pdf
- <https://secardiologia.es/covid-19>
- <https://www.covid19-druginteractions.org/checker>
- Boldrini et al. Impact of COVID-19 outbreak on rehabilitation services and Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) physicians' activities in Italy. An official document of the Italian PRM Society (SIMFER). Eur J Phys Rehabil Med. 2020 Mar 16. doi: 10.23736/S1973-9087.20.06256-5.



SVMEFR

- Kress JP et al. ICU-Acquired Weakness and Recovery from Critical Illness. N Engl J Med 2014;370:1626-35. DOI: 10.1056/NEJMra1209390
- <https://www.blood.gov.au/system/files/Neurology-Assessment-Methods-for-the-Ig-Governance-public-page-2.pdf>



Anexo 1

DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

| PCR | IgM | IgG | Diagnóstico |
|-----|-----|-----|---------------------------------------|
| - | - | - | Negativo |
| + | - | - | Fase inicial de infección |
| + | + | - | Fase temprana de infección |
| + | + | + | Fase activa de infección |
| + | - | + | Fase avanzada de infección |
| - | + | - | Estadio temprano. Falso negativo PCR? |
| - | + | + | Enfermedad en evolución |
| - | - | + | Fase de resolución de infección |

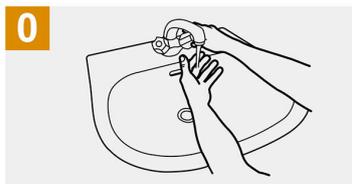


Anexo 2

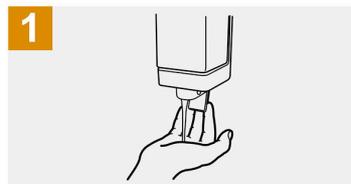
¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

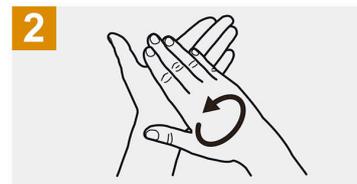
Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



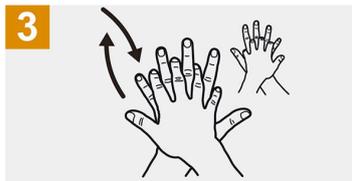
0 Mójese las manos con agua;



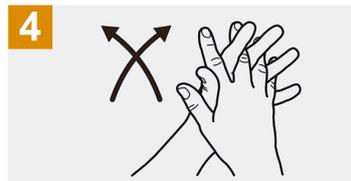
1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



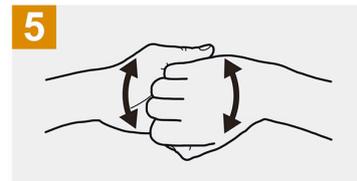
2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



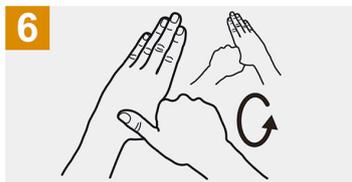
3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



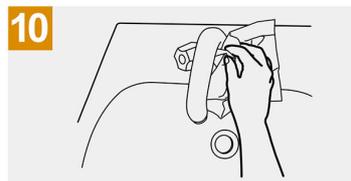
7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



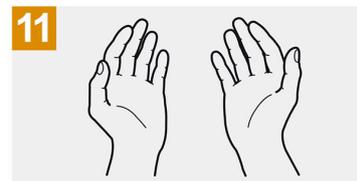
8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sírvese de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente
UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para comprobar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Compete al lector la responsabilidad de la interpretación y del uso del material. La organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiere ocasionar su utilización. La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG), en particular a los miembros del Programa de Control de Infecciones, su participación activa en la redacción de este material.

Organización Mundial de la Salud, Octubre 2010

Anexo 3

DIFERENTES TIPOS DE MASCARILLAS

CLASIFICACIÓN SEGÚN LOS
DISTINTOS TIPOS DE PROTECCIÓN

| EQUIPO | TIPO | Para no contagiarse Protección de quien la lleva contra organismos infecciosos | Para no contagiar Evita la emisión de organismos infecciosos | PROPIEDADES |
|--|---|---|---|--|
| <p>Mascarillas autofiltrantes desechables</p> <p>Protegen de fuera hacia dentro y sirven para prevenir el contagio</p> <p>SIGUEN LA NORMA EN 149</p> <p> LAS REUTILIZABLES LLEVAN UNA "R"</p> <p> LAS NO REUTILIZABLES SERVIRÁN PARA UN ÚNICO TURNO. MARCADAS CON "NR"</p> | <p>FFP 1 sin válvula de exhalación</p>  |  |  | <ul style="list-style-type: none"> • Equipo de protección pero con filtración mínima • No protege frente a organismos infecciosos. • Limita la propagación del contagio |
| | <p>FFP 2 sin válvula de exhalación</p>  |  |  | <ul style="list-style-type: none"> • Protege y limita la propagación del contagio |
| | <p>FFP 3 con válvula de exhalación</p>  |  |  | <ul style="list-style-type: none"> • Todas las mascarillas autofiltrantes FFP 3 disponen de válvula de exhalación • Protege pero no limita la propagación del contagio |
| | <p>FFP 2 con válvula de exhalación</p>  |  |  | <ul style="list-style-type: none"> • Protege pero no limita la propagación del contagio |
| <p>Quirúrgicas y caseras</p> <p>Protegen de dentro hacia afuera</p> <p>Sirven para que alguien enfermo no contagie. En este grupo se incluyen las fabricadas en casa, aunque estas sin ninguna homologación</p> | <p>Mascarilla quirúrgica desechable</p>  |  |  | <ul style="list-style-type: none"> • No es un equipo de protección • No protege pero limita la propagación del contagio |
| | <p>Mascarilla higiénica desechable</p>  |  |  | <ul style="list-style-type: none"> • No es un equipo de protección • No protege pero limita la propagación del contagio • No sujeto a norma, eficacia no testada |
| <p>Industriales</p> <p>Protegen de fuera hacia dentro</p> <p>SIGUEN LA NORMA EN 140</p> | <p>Semimáscara buconasal con filtros</p>  |  |  | <ul style="list-style-type: none"> • Todas disponen de válvulas de exhalación • Protege pero no limita la propagación del contagio • Reutilizable |

Fuente: LNE

@elperiodico / @EPGraficos 



Anexo 4

RECOMENDACIONES PARA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE PANTALLAS FACIALES

- 1** Tras su retirada, la pantalla se desechará en un contenedor (si fuera posible, cerrado) y se llevará a la zona de limpieza de material reutilizable.
- 2** Se lavará con un **detergente enzimático** (siguiendo las instrucciones del fabricante), sumergiendo la pantalla en un recipiente con el detergente hasta que lo cubra por completo.
- 3** Se aclarará abundantemente con agua.
- 4** Se secará (al aire o con papel desechable).
- 5** Se desinfectará utilizando una gasa impregnada en **alcohol de 70º**, insistiendo en la parte externa de la misma.
- 6** Se dejará secar al aire antes de su reutilización.

(*) Esta pauta podrá ser adaptada de acuerdo a la política de desinfección y los protocolos del centro aprobados por el Servicio de Medicina Preventiva.

Sacyl Junta de Castilla y León

<https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/recomendaciones-profesionales.ficheros/1571032-Infograf%C3%ADa%20Recomendaciones%20para%20limpieza%20y%20desinfecci%C3%B3n%20de%20pantallas%20faciales.pdf>



Anexo 5

RECOMENDACIONES DE LIMPIEZA

Importante: Evitar el uso de carpetas y mantener las mesas libres de papeles.

Superficies lisas.

Gasa con alcohol 70° después de cada paciente.

Limpieza completa con lejía o desinfectante equivalente en apertura y cierre.

Teclados.

Limpieza previa al inicio y protección con fundas.

Pasar gasa con alcohol 70° después de cada paciente.

Ratones.

Como su uso debería ser exclusivo por parte del facultativo, con una buena higiene de manos es suficiente, añadiendo pasar una gasa con alcohol en apertura y cierre.

Si se considera que está muy expuesto o demasiado cerca de los pacientes, realizar limpieza después de cada paciente.

Teléfono.

Se recomienda pasar una gasa con alcohol 70° después de su uso.

Pasar gasas con alcohol en apertura y cierre.

Ecógrafo.

Sonda: proteger con funda y posterior limpieza con Sterillium® o equivalente.

Teclado y display: proteger con cobertura plástica.

Pasar gasa con alcohol 70° después de cada paciente.

Camilla.

Limpieza con alcohol 70° después de cada paciente.

Limpieza completa con lejía en apertura y cierre.

Sillas.

Limpieza de reposabrazos con alcohol 70° después de cada paciente.

Limpieza completa con lejía en apertura y cierre.

Pomos de las puertas.

Limpieza de pomos con alcohol de 70° o lejía después de cada paciente.

Si se utiliza lejía como desinfectante, se debe diluir: para obtener 1 l mezclar 20 ml de lejía con 980 ml de agua.



Anexo 6





Anexo 7



Rehabilitation Needs of COVID-19 Patients

| Physical | Cognitive | Psychosocial |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Reduced Pulmonary Function • ICU acquired weakness (25-100%): <i>Critical illness neuropathy, myopathy</i> • Entrapment neuropathy • Central nervous system disorders (6% of acute stroke) • Deep vein thrombosis, post thrombotic limb syndrome • Cardiopulmonary deconditioning • Contractures • Pressure injury • Functional and Neurogenic incontinence • Nutritional deficit | <ul style="list-style-type: none"> • Delirium (80% of ICU patients) • Cognitive impairment following ARDS (10% persistent) <ul style="list-style-type: none"> • Attention, executive function, memory • Treatment for delirium <ul style="list-style-type: none"> • Early mobilization, exercise • Human engagement (family, staff) and empowerment | <ul style="list-style-type: none"> • Persistent mental health impairment after ICU stay <ul style="list-style-type: none"> • Depression (30%) • PTSD (22%) • Anxiety (34%) at 1 year post ICU stay • High level of emotional distress across society associated with pandemic • Separation from family, social stigma • Distress to family |

1
7



Francesca Gimigliano MD, PhD



President-Elect of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine