

RED DE HOSPITALES PARA LA ATENCIÓN A ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE ALTO RIESGO EN ESPAÑA

Documento Informado favorablemente por el Consejo Interterritorial del SNS

21.06.2017

Contenido

Lista de acrónimos	3
1. Antecedentes	4
2. Justificación	5
3. Situaciones de interés para esta Red	5
4. Objetivos de la Red.....	6
5. Componentes de la Red de Hospitales.....	7
5. a Hospitales para la atención de EIAR.....	7
5. b. Comisión de hospitales de atención de EIAR	9
5. c. Plan de formación / capacitación	10
6. Activación y funcionamiento de la Red: Protocolo de actuación	11
6. a. Activación de la Red	11
6.b. Escenarios de activación	11
6. c. Procedimiento de asignación de hospital de tratamiento	13
6. d. Traslado al hospital designado.....	15
6.e. Otras consideraciones.....	15
Anexo 1: Diagrama de funcionamiento del Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida y criterios de notificación.....	16
Anexo 2: Procedimiento de traslado de pacientes confirmados de Enfermedad Infecciosa de Alto Riesgo a hospitales de tratamiento	18

Lista de acrónimos

CCAA	Comunidades y Ciudades Autónomas
CEA	Centro de Enlace Autonómico
CEN	Centro de Enlace Nacional
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CSP	Comisión de Salud Pública
DGSPCI	Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación
EIAR	Enfermedad Infecciosa de Alto Riesgo
ESPIN	Emergencia de Salud Pública de Importancia Nacional
ESPII	Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional
EVE	Enfermedad por Virus Ébola
EWRS	Sistema Europeo de Alerta Precoz y Respuesta
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
OMS	Organización Mundial de la Salud
RENAVE	Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SIAPR	Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida
SSCC	Sociedades Científicas
UAAN	Unidades de Aislamiento de Alto Nivel

1. Antecedentes

El 8 de agosto del 2014 la epidemia en África Occidental de Enfermedad por Virus Ébola (EVE) fue declarada Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional por la OMS (ESPII). Además de los casos identificados en Guinea, Liberia y Sierra Leona, durante todo el periodo en que se desarrolló la epidemia, hubo varios países en los que se detectaron casos importados, tuvieron transmisión localizada a partir de un caso importado o evacuaron casos confirmados o contactos de riesgo.

La Comunidad Autónoma de Madrid comunicó a través del Sistema Nacional de Alerta Precoz y Respuesta un caso de transmisión secundaria a partir de un caso repatriado de EVE en octubre de 2014. La detección de este caso secundario motivó la creación de un Comité Especial para la Gestión del Ébola que gestionó la alerta y coordinó las actividades dirigidas a dar una respuesta adecuada, así como a mejorar la comunicación tanto al sistema sanitario como a la población general. Este Comité propuso, como parte de las actividades de preparación y respuesta, designar un número reducido de hospitales para el tratamiento de casos confirmados de EVE en España, con los objetivos de: maximizar la experiencia de los equipos clínicos responsables del tratamiento, reducir el número de profesionales expuestos al virus, garantizar un alto nivel de capacitación de los equipos profesionales para realizar maniobras de alto riesgo de transmisión sobre los pacientes utilizando las medidas adecuadas de protección y garantizar una correcta gestión del medio-ambiente y de los residuos de riesgo generados en estas situaciones.

Durante el proceso de preparación frente a la enfermedad por el virus Ébola, las CCAA designaron una red asistencial de 24 unidades de atención especializada, preparadas para atender pacientes de EVE que se organizaron en dos niveles de acuerdo a las necesidades derivadas de la evolución de la situación epidemiológica y que respondían a los requerimientos del Comité.

El primer nivel de atención incluía las 24 unidades designadas por las CCAA cuyas funciones, en una situación epidemiológica con casos esporádicos, eran el **aislamiento y estudio de casos de EVE en investigación**.

El segundo nivel incluyó 7 unidades de aislamiento prioritarias seleccionadas entre las 24 anteriores para el **tratamiento** de casos confirmados de EVE en la misma situación epidemiológica. Los criterios de selección comprendían aspectos tanto estructurales como funcionales que facilitaban la adaptación de las unidades para garantizar las máximas medidas de seguridad y de calidad asistencial. A estas 7 unidades hospitalarias se añadió a partir del mes de diciembre de 2015, la unidad de aislamiento de alto nivel del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”.

El sistema de referencia de pacientes lo gestionaba una “Comisión de hospitales de tratamiento de casos confirmados de EVE” creada en el marco del Comité Especial para la Gestión del Ébola.

Tras el fin de la Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional generada por la Epidemia de Ébola en África Occidental entre 2014 y 2016, fue necesario reconsiderar las funciones de

esta red de hospitales y reformular sus objetivos para dar respuesta a situaciones de alto riesgo asociadas a enfermedades infecciosas de características especiales.

2. Justificación

La epidemia de EVE ha supuesto un reto para los países de la Unión Europea y para España, obligándoles a responder a la amenaza que supone una enfermedad infecciosa que puede generar cuadros clínicos de mucha gravedad y normalmente alta letalidad, cuyo manejo en nuestro medio pueden requerir medidas asistenciales que implican un alto riesgo de transmisión a los profesionales sanitarios en ausencia de condiciones de seguridad y medidas de prevención de alto nivel.

Estas enfermedades infecciosas que pueden generar situaciones de alto riesgo (en adelante, EIAR) para la salud pública requieren medidas de aislamiento de diferente nivel a aplicar sobre los casos de acuerdo a cada situación específica. Sin embargo, es cuando las prácticas asistenciales que realizan los profesionales que participan en la atención de estos pacientes suponen un elevado riesgo de infección, cuando las medidas de aislamiento deben extremarse y las Unidades de Aislamiento de Alto Nivel (UAAN) juegan un papel fundamental en la prevención de riesgos.

Las EIAR, cuyo riesgo para la salud pública debe ser siempre evaluado, implican habitualmente, además de medidas de prevención de la infección, una priorización de recursos y en muchas ocasiones generan situaciones de crisis de mayor o menor envergadura que requieren acciones de comunicación e información a la población.

Ante el riesgo creciente de aparición de nuevas situaciones provocadas por EIAR, asociado principalmente al proceso de cambio global que estamos viviendo y la necesidad de minimizar sus posibles efectos, se propone en este documento definir el nuevo escenario de actuación y activación de la Red de Hospitales ampliándolo para responder a las EIAR y plantear sus nuevos objetivos garantizando la asistencia de los pacientes afectados con los estándares de seguridad y de calidad exigibles en nuestro medio. Esta Red de Hospitales se encuadra en el desarrollo de las capacidades de preparación y respuesta que tienen como punto de partida el Sistema de Alerta Precoz y Respuesta (SIAPR) del Sistema Nacional de Salud aprobado en pleno del Consejo Interterritorial en marzo de 2013.

El desarrollo, la organización y cualquier modificación en la estructura y funcionamiento de esta Red de Hospitales serán responsabilidad de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, las Direcciones Generales de Salud Pública y las Gerencias de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

3. Situaciones de interés para esta Red

La detección precoz de las EIAR es fundamental para una correcta gestión de los riesgos. Para la detección precoz de enfermedades transmisibles es de especial importancia la información de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) gestionada por el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y la información procedente de los laboratorios nacionales de referencia del ISCIII.

Una persona infectada por un patógeno que pueda producir una EIAR no constituye de por sí una situación de interés para su internamiento en una Unidad de Aislamiento de Alto Nivel. La identificación de situaciones asociadas a EIAR no solo debe considerar al patógeno y sus características específicas, sino que debe incluir, además, aspectos relacionados con la capacidad de transmisión (dependiente del patógeno pero también de factores de contacto social y de vulnerabilidad de la población), los modos y vehículos principales y secundarios de transmisión, la situación específica en que se presente cada caso susceptible de considerarse EIAR, la gravedad, evolución y situación de estabilidad/inestabilidad del cuadro clínico que presente el paciente, la posible necesidad de maniobras terapéuticas de alto riesgo y la disponibilidad de medidas de prevención y control de la infección. Además, se deben tener en cuenta los consensos que se alcancen a nivel internacional para la gestión de cada situación específica. Este proceso de evaluación de riesgos, que requiere experiencia y formación, está contemplado en el SIAPR y debe garantizar la coordinación de los puntos focales del sistema con los profesionales asistenciales.

En España, hasta la fecha de redacción de este documento, se han identificado al menos tres situaciones en las que se ha requerido el uso de las unidades de alto nivel de aislamiento pertenecientes a esta Red de Hospitales. La situación más importante fue la gestión de los casos confirmados de EVE tratados en nuestro país. También se ingresó en una UAAN un caso importado de fiebre hemorrágica de origen desconocido, sospechoso de Enfermedad de Lassa (posteriormente descartada) y, más recientemente, un caso confirmado de fiebre hemorrágica de Crimea Congo, infectado durante el manejo de otro caso confirmado infectado a través de una picadura de garrapata portadora del virus. En todos los casos, el uso de las UAAN se consideró necesario por la situación de amenaza vital para el paciente y el riesgo asociado para los profesionales sanitarios durante su manejo asistencial.

4. Objetivos de la Red

General:

Disponer de una red de centros de alto nivel con la capacidad estructural, funcional y profesional adecuada para garantizar la atención de calidad en condiciones de seguridad a los casos de EIAR.

Específicos:

- Garantizar una respuesta adecuada, oportuna y eficiente ante casos de enfermedades infecciosas de alto riesgo en las que el manejo de casos requiere medidas de prevención de la transmisión de alto nivel.
- Atender a los casos de EIAR, concentrando la experiencia en los equipos clínicos responsables, garantizando la seguridad y el adecuado control del evento desde un punto de vista de salud pública.

5. Componentes de la Red de Hospitales

5. a Hospitales para la atención de EIAR

Actualmente, la Red está compuesta por un total de 25 unidades hospitalarias (primer nivel), 24 pertenecientes a hospitales designados por las CCAA y el Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” (Tabla 1). A partir de esta Red, se priorizan siete unidades (segundo nivel), que incluyen la del Hospital Central de la Defensa, para el tratamiento de EIAR en un escenario epidemiológico de casos esporádicos, importadas o no, de transmisión limitada y controlada (tabla 2, figura 1).

Tabla 1. Centros Hospitalarios integrantes de la Red de hospitales EIAR de **primer nivel** y número de habitaciones disponibles (a 17 de mayo de 2017).

CCAA	Hospital	Nº Habitaciones
ANDALUCIA	COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN DEL ROCIO	1
ARAGON	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	4
ASTURIAS	HOSPITAL CENTRAL DE ASTURIAS	2
BALEARES	HOSPITAL CAN MISSES	1
BALEARES	HOSPITAL MATEU ORFILA	1
BALEARES	COMPLEJO ASISTENCIAL SON ESPASES	2
CANARIAS	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRIN	2
CANARIAS	HOSPITAL UNIV. MATERNO INFANTIL DE GRAN CANARIA	2
CANARIAS	COMPLEJO HOSP. NTRA. SRA. DE CANDELARIA-OFRA	3
CANTABRIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA	1
CASTILLA Y LEON	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL RIO HORTEGA	2
CASTILLA LA MANCHA	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL	2
CATALUÑA	HOSPITAL CLINIC I PROVINCIAL DE BARCELONA	3
C.VALENCIANA	HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE	2
EXTREMADURA	COMPLEJO HOSPITALARIO DE CACERES	2
GALICIA	HOSPITAL MEIXOEIRO VIGO	2
MADRID	COMPLEJO UNIVERSITARIO LA PAZ-CARLOS III	2
MURCIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA	4
NAVARRA	COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA	1
P.VASCO	HOSPITAL DONOSTIA	3
P.VASCO	HOSPITAL DE BASURTO	2
LA RIOJA	COMPLEJO HOSPITAL SAN PEDRO	2
CEUTA	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA	1
MELILLA	HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA	1
MINDEF	HOSPITAL CENTRAL DE LA DEFENSA “GOMEZ ULLA”	8
	TOTAL	59

Las unidades de aislamiento de alto nivel de estos siete hospitales tienen una capacidad total de 24 pacientes en habitaciones individuales de alta seguridad. Las 18 unidades restantes, con un total de 35 habitaciones individuales de alta seguridad, salvo situaciones particulares que se mencionan más adelante, serían activadas para el tratamiento de casos confirmados de EIAR ante modificaciones de la situación epidemiológica (ver apartado 6.b).

Ante situaciones de transmisión extendida y un número elevado de casos, la respuesta incluiría a todos los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Tabla 2. Centros Hospitalarios integrantes de la Red de hospitales EIAR de **segundo nivel** y número de habitaciones disponibles (a 17 de mayo de 2017).

CCAA	Hospital	Nº Habitaciones
ANDALUCIA	COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN DEL ROCIO	1
CANARIAS	COMPLEJO HOSP. NTRA. SRA. DE CANDELARIA-OFRA	3
CATALUÑA	HOSPITAL CLINIC I PROVINCIAL DE BARCELONA	3
C.VALENCIANA	HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE	2
MADRID	COMPLEJO UNIVERSITARIO LA PAZ-CARLOS III	2
P.VASCO	HOSPITAL DONOSTIA	3
MINDEF	HOSPITAL CENTRAL DE LA DEFENSA "GOMEZ ULLA"	8
	TOTAL	24

Figura 1. Centros Hospitalarios integrantes de la Red de hospitales EIAR de **segundo nivel**.



Las funciones de la Red son:

- Atención y tratamiento de los casos de EIAR, garantizando el correcto manejo y el tipo de aislamiento necesario, así como la protección de los profesionales y del medio.
- Mantener las capacidades, tanto estructurales como funcionales, adecuadas para la eventual atención de casos de EIAR. Esto implica, entre otros, la existencia de mecanismos (adaptados a cada situación) que aseguren la capacidad de respuesta las 24h y de protocolos de actuación vigentes y actualizados para los diversos aspectos relacionados con la atención a casos de EIAR (protocolos médicos y de enfermería, de traslado, limpieza, gestión de residuos, etc.). Estos protocolos estarán armonizados a nivel de toda la Red.
- Asegurar la adecuada formación continuada del personal, sanitario y de apoyo, implicado en la atención de casos de EIAR.

La Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación (DGSPCI) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), solicitará la actualización con carácter anual de las capacidades instaladas y las modificaciones estructurales que se realicen en las unidades de aislamiento de alto nivel, así como los procedimientos de activación, la formación continuada del personal realizada en cada unidad y las necesidades de mejora de las estructuras, equipos de profesionales y dispositivos de seguridad. La pertenencia de las Unidades de Aislamiento al primer o segundo nivel de atención dependerá del cumplimiento de unos requisitos mínimos que serán evaluados anualmente a partir de la información recogida de las unidades el último trimestre de cada año. Una vez evaluado, el MSSSI informará a las unidades de los resultados del proceso.

5. b. Comisión de hospitales de atención de EIAR

La Comisión de hospitales es la estructura que organiza, coordina y supervisa el funcionamiento operativo de la Red de acuerdo al contenido de este documento.

Funciones

- Proponer el hospital de tratamiento para los casos de EIAR en situaciones de casos esporádicos, transmisión limitada y controlada y transmisión ampliada y controlada.
- Proponer el método de traslado al hospital designado.
- Proponer las medidas para una evacuación segura ante la decisión de repatriar, mediante aeroevacuación, casos de EIAR confirmada en españoles residentes o transeúntes en el extranjero o residentes en España transeúntes en el extranjero.

Composición

En función del escenario o fase de activación de la Red (ver apartado 6.b, sobre escenarios de activación), la Comisión tendrá una composición permanente o ampliada.

Comisión permanente: en fase de alerta por casos esporádicos

- Director/a General de Salud Pública, Calidad e Innovación del MSSSI (coordinador/a).
- Director/a del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (actuará como coordinador/a suplente).
- Subdirector/a General de Sanidad Exterior del MSSSI (o suplente designado).
- Un representante de la Autoridad Sanitaria de cada Comunidad Autónoma con hospital de tratamiento de segundo nivel, que tenga conocimiento directo y capacidad de decisión en aspectos asistenciales asociados a la Unidad de Aislamiento de Alto Nivel. Se designará también un suplente. Esta representante de la Autoridad Sanitaria podrá participar en las reuniones de esta comisión acompañado de los profesionales de Asistencia Sanitaria y Salud Pública que considere necesario, quienes tendrán voz pero no voto, garantizando siempre la máxima operatividad en la toma de decisiones..
- Un representante del Ministerio de Defensa, como representante del Hospital Central de la Defensa y en calidad de responsable del traslado de pacientes por vía aérea en caso de necesidad. Se designará también un suplente.
- Un representante de la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma originaria del caso de EIAR. Este miembro no forma parte permanente de la Comisión y será convocado de manera específica para la asignación de hospital de tratamiento.

- La Comisión podrá invitar a expertos específicos, con voz pero sin voto, para cada evento, en caso de considerarlo necesario.

Comisión ampliada: en fase de alerta por transmisión ampliada

La Comisión se ampliará con un representante de la Autoridad Sanitaria de cada Comunidad Autónoma con hospital de tratamiento de primer nivel que tenga conocimiento directo y capacidad de decisión en aspectos asistenciales asociados a la Unidad de Aislamiento. Se designará también un suplente. Este representante de la Autoridad Sanitaria podrá participar en las reuniones de esta comisión acompañado de los profesionales de Asistencia Sanitaria y Salud Pública que considere necesario, quienes tendrán voz pero no voto, garantizando siempre la máxima operatividad en la toma de decisiones..

Funcionamiento

Las decisiones se tomarán por consenso y, en caso de discrepancia, el Coordinador de la Comisión elevará la propuesta, oídas las partes, a la Autoridad Sanitaria de las CCAA implicadas, origen del caso y receptora del caso, informado el Secretario General de Sanidad y Consumo y el Consejero/a de Sanidad de las Comunidades Autónomas.

Para la consensuar una propuesta de hospital o decisiones de aeroevacuación, se hará convocatoria urgente por audio / video conferencia

Se programarán reuniones periódicas (mínimo anualmente) de la Comisión ampliada para garantizar la disponibilidad, el buen funcionamiento y coordinación de la Red. Estas reuniones se planificarán alrededor de otras actividades de formación / evaluación de la red (p. ej. Ejercicios de simulación) siempre que sea posible.

5. c. Plan de formación / capacitación

La DGSPCI establecerá los mecanismos para verificar periódicamente la adecuación de la formación continuada del personal realizada en cada Unidad e identificar las necesidades de los equipos de profesionales adscritos a las unidades de la Red.

La DGSPCI, en el marco de la Comisión de hospitales de atención de EIAR, formará un grupo de trabajo para elaborar un documento que incluya:

- Componentes y contenidos básicos de la formación a desarrollar en los programas de cada unidad de aislamiento de la Red y la periodicidad recomendada de las actividades de formación.
- Una guía para realizar ejercicios de simulación que permitan valorar las capacidades del personal adscrito a la unidad en el manejo de los equipos de protección individual.
- Actividades de formación / actualización comunes para las unidades priorizadas y para la red ampliada de 25 unidades que incluyan sesiones científico-técnicas y sesiones dirigidas a garantizar la correcta gestión de las unidades, tanto desde el punto de vista estructural como de gestión del personal adscrito.
- Se realizará un ejercicio de simulación anual (de escala completa o de sobremesa) para asegurar el funcionamiento correcto de la Comisión de hospitales.
- Una propuesta de coordinación y colaboración entre los hospitales priorizados y la Red ampliada de 25 unidades de atención de casos de EIAR.

6. Activación y funcionamiento de la Red: Protocolo de actuación

La Red de Hospitales debe estar preparada para cualquier evento relacionado con EIAR en las que el manejo de casos requiera su ingreso en una UAAN. El Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida, dependiente de la Comisión de Salud Pública y coordinado por la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta, debe ser el mecanismo utilizado para detectar estos eventos que pueden tener un impacto grave en la salud de la población, con capacidad de extensión en el territorio nacional y que requieran la activación de la Red de Hospitales y la toma de medidas de forma rápida y coordinada.

El SIAPR se coordinará con las estructuras y redes existentes en el Sistema Nacional de Salud que tienen entre sus funciones la vigilancia de riesgos o situaciones que puedan afectar a la salud de la población como es la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Las señales de riesgo detectadas a partir de estas redes serán verificadas y evaluadas por los responsables del SIAPR y, en caso de considerarse una ESPIN o ESPII, se comunicarán a la Comisión de Salud Pública a través de la DGSPCI. El anexo 1 incluye el diagrama de funcionamiento y los criterios de notificación del SIAPR.

La Red de Hospitales se activará y adaptará en función de la alerta, alerta (ESPIN o ESPII debida a una EIAR), su evolución y los escenarios que se presenten o se prevean con suficiente plausibilidad..

6. a. Activación de la Red

La decisión de activar la Red ante la aparición de una EIAR se tomará por consenso entre la autoridad sanitaria designada por la/s CCAA afectada/s, el titular de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad (DGSP) y el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES).

6.b. Escenarios de activación

I. Fase de Prealerta.

Se decreta en los siguientes supuestos:

- Se ha identificado al menos un caso en investigación de una EIAR en territorio nacional (inicialmente atendidos en cualquiera de los 25 hospitales de la Red o en los que cada Comunidad Autónoma designe en cada caso).
- Existen casos confirmados (o, excepcionalmente, contactos de alto riesgo) de una EIAR en residentes en España que están fuera del territorio nacional, en los que el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación estén valorando una repatriación.

Actuación: El coordinador de la Comisión de hospitales, si así lo considera, tras la valoración de la situación y de acuerdo con la/s CCAA afectada/s, hace un preaviso a todos los miembros de la Comisión permanente.

II. Fase de alerta por casos esporádicos

Corresponde a una situación epidemiológica con casos esporádicos o un número limitado de casos asociados a una transmisión mínima y controlada de la enfermedad.

Se decreta en los siguientes supuestos:

- Se confirma el primer caso de una EIAR que debe atenderse en el SNS.
- Se decide la repatriación de un caso de EIAR.
- Existen un nº limitado de casos confirmados de EIAR, que no supera la capacidad de los 7 hospitales de tratamiento priorizados.

La confirmación diagnóstica de casos de EIAR se realizará, en el territorio nacional, en el Instituto de Salud Carlos III o en las CCAA si disponen de las técnicas de laboratorio específicas y validadas y siempre de acuerdo a los protocolos de vigilancia y actuación existentes, que comunica los resultados a la unidad asistencial solicitante, los servicios de Salud Pública de la Comunidad Autónoma correspondiente y al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En el caso de una solicitud de repatriación el Ministerio de Asuntos Exteriores, tras consulta con el Ministerio de Defensa y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, decidirá sobre la solicitud y, en caso afirmativo, organizarán la repatriación. Una vez decidida la repatriación se activará la Red de Hospitales convocando a la Comisión permanente de hospitales de atención de EIAR. En el caso de traslado de ciudadanos no españoles residentes en el extranjero para su tratamiento en España se tendrán en cuenta los acuerdos o convenios vigentes con ese país.

Actuación:

El coordinador de la Comisión de hospitales convocará inmediatamente a todos sus miembros para una reunión por audio / video conferencia, con el objetivo de **proponer el hospital** de tratamiento al que se debe referir al caso o casos, en base a los criterios propuestos más adelante en este documento. Este proceso se debe realizar en un **plazo máximo de 4h** tras la notificación de la confirmación diagnóstica del caso.

El titular de la DGSPCI del Ministerio de Sanidad realizará la propuesta definitiva a la Autoridad Sanitaria de las Comunidades Autónomas implicadas, informado el Secretario General de Sanidad y Consumo y los Consejeros de Sanidad, garantizando los aspectos operativos del proceso de traslado y toma a cargo del paciente.

Recursos:

- Los casos confirmados se atienden en los 7 hospitales de tratamiento priorizados.
- Los casos en investigación de EIAR se atienden en cualquiera de los 25 hospitales de la Red o en aquellos que cada Comunidad Autónoma designe en cada caso, con la excepción de que un caso en investigación presente una inestabilidad hemodinámica importante y tenga una evolución clínica que requiera una intervención de alto riesgo que justifique el traslado a uno de los hospitales priorizados.

III. Fase de alerta por transmisión ampliada

Corresponde a una situación epidemiológica con un aumento del número de casos debido a una transmisión ampliada entre grupos de riesgo bien definidos (fundamentalmente

profesionales sanitarios que atienden a casos confirmados o contactos de alto riesgo), y en la que los casos origen de esas líneas de transmisión están identificados y controlados.

Se decreta en el siguiente supuesto:

- Existen un aumento del número de casos confirmados de EIAR que presumiblemente podría superar la capacidad de los 7 Hospitales de tratamiento priorizado, sin superar la capacidad de los 25 integrantes de la Red.

Actuación:

El coordinador de la Comisión de hospitales convoca una reunión urgente por audio / video conferencia de la **Comisión ampliada** con representantes de todas las CCAA, con el objetivo de proponer el hospital de tratamiento al que se debe referir cada caso, en base a los criterios propuestos en este documento y para plantear las actuaciones ante los siguientes casos que previsiblemente aparecerán.

Recursos:

- Los casos confirmados se atienden en cualquiera de los 25 hospitales de la Red.
- Como norma general, los casos en investigación se atienden en otros recursos del SNS que se consideren adecuados en términos de respuesta y control de la emergencia, identificados por las CCAA.

6. c. Procedimiento de asignación de hospital de tratamiento

Considerando la gran carga que representa la atención de un caso confirmado de EIAR con cuadro clínico grave para un hospital y el impacto que tiene en la organización y gestión de su personal (en experiencias previas con casos de Ébola y de FHCC participaron en los cuidados de los pacientes entre 35 y hasta 135 profesionales sanitarios), se plantea un procedimiento y criterios para la asignación de hospital de tratamiento de casos confirmados de EIAR identificados. Ante un escenario con un número reducido de casos que aparecen esporádicamente (fase de alerta por casos esporádicos), se debe evitar que un hospital atienda a más de un caso simultáneamente. Este principio quedará superado cuando la magnitud de la emergencia aumente, pasando a la fase de transmisión ampliada.

Criterios a valorar para la asignación de hospital de tratamiento

Estos criterios se aplicarán a todos los casos de EIAR confirmados que se detecten en territorio nacional, tanto en residentes como en viajeros no residentes en España, así como a los detectados en puertos y aeropuertos, y a los casos repatriados.

Los criterios son orientativos y se deben valorar en su conjunto y de manera específica para cada situación. Los criterios están numerados de acuerdo a su importancia.

Fase de alerta por casos esporádicos

Criterio 1.-

En la medida de lo posible, los casos residentes en una Comunidad Autónoma con hospital de tratamiento priorizado, se tratarán en dicha Comunidad, salvo que por razones justificadas el hospital priorizado rehúse la atención y solicite derivación y

traslado al Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” o a otro hospital priorizado de la Red.

Los casos residentes en CCAA sin hospital de tratamiento priorizado, se asignarán inicialmente al Hospital Central de la Defensa “Gomez Ulla”, salvo que por motivos de cercanía, idoneidad u otras circunstancias sea aconsejable la designación de otro centro priorizado o que la Comunidad Autónoma en que se encuentre el caso manifieste expresamente su interés por tratarlo en uno de los hospitales de la Red de su Comunidad.

Criterio 2.-

En la decisión del hospital de tratamiento priorizado en el que tratar al caso se considerará la distancia al lugar donde se haya diagnosticado el caso, independientemente del lugar de residencia habitual del caso.

Los casos probables detectados en viajeros en los puntos de entrada al territorio nacional, puertos y aeropuertos, plantean una situación particular dado que habitualmente no estarán confirmados en el momento de su llegada y sin embargo se les deberá asignar un hospital de aislamiento durante el proceso diagnóstico. Se deberá tratar de asignar un hospital que reduzca las necesidades de movilización del paciente en caso de confirmación.

Criterio 3.-

Atención conjunta a casos madre-hijo. En un escenario de casos esporádicos, se debe evitar que un hospital atienda a más de un caso al mismo tiempo. Sin embargo, en situaciones de infección madre e hijo se puede plantear una excepción a este criterio.

Criterio 4.-

En casos específicos, como la necesidad de atención obstétrica o quirúrgica, se designará la unidad disponible con mejores capacidades para responder a cada contingencia específica de acuerdo a los informes anuales de verificación de capacidades.

Criterio 5.-

Se tratará de evitar que un hospital reciba un nuevo caso durante el periodo de seguimiento de los profesionales que trataron a un caso anterior.

Criterio 6.-

Hospital que lleve más tiempo sin recibir casos.

Criterio 7.-

Una vez ingresado un caso de EIAR para su tratamiento en cualquier hospital de la Red, se evitará cualquier traslado innecesario, para garantizar la seguridad y control de la infección.

Fase de alerta por transmisión ampliada

En esta fase, cualquiera de los 25 hospitales de la Red podrá ser designado para el tratamiento de casos confirmados.

Para la asignación de estos hospitales se aplicarán los mismos criterios anteriores, añadiendo como criterio la disponibilidad de presión negativa en las habitaciones, si ésta es necesaria para el control y la seguridad en el manejo del caso.

6. d. Traslado al hospital designado

Una vez designado el hospital de tratamiento de cada caso de EIAR y siempre que se considere necesario, la Comisión de hospitales valorará el modo de transporte más adecuado, con el objetivo de reducir el tiempo de estancia en centros no designados, el tiempo de evacuación y garantizar la seguridad del personal sanitario y de la población general. Las recomendaciones para el traslado de pacientes confirmados con EIAR se incluyen en el Anexo 2. En caso de necesidad de transporte por vía aérea, este será realizado por el Ministerio de Defensa.

6. e. Otras consideraciones

1.- Los criterios propuestos son orientativos. La recomendación de asignación de hospital es competencia de la Comisión de hospitales de tratamiento EIAR. La asignación definitiva de hospital de tratamiento debe ser realizada por el titular de Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, tras consulta con la Autoridad Sanitaria de las CCAA origen del caso y receptora del caso, informado el Secretario General de Sanidad y Consumo y los Consejeros de Sanidad de las CCAA implicadas.

2.- Toda intervención quirúrgica sobre un caso de EIAR se deberá posponer, en la medida de lo posible, hasta la curación de la infección. A pesar de ello, y para situaciones de urgencia vital, los hospitales de tratamiento designados deben desarrollar, dentro de lo posible, sus capacidades para atender a un paciente quirúrgico, embarazadas o niños (incluyendo la formación de los profesionales pertinentes).

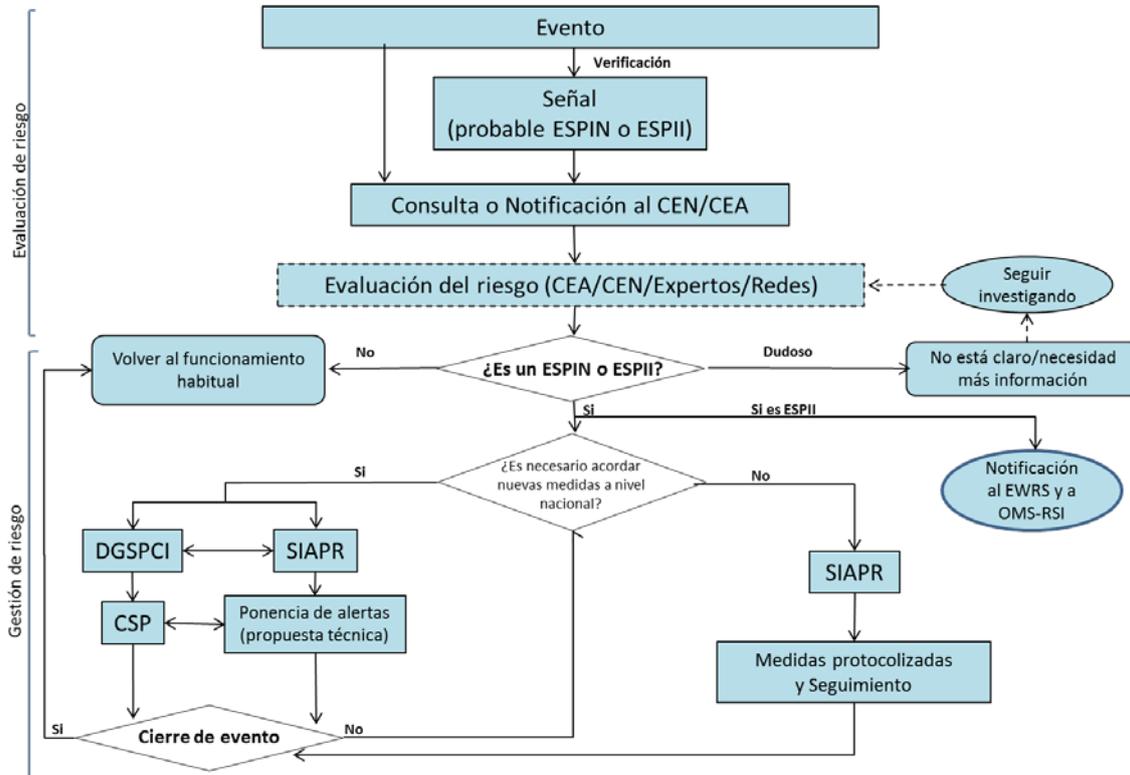
En caso de embarazadas con posible parto cercano, la Comisión decidirá cuál es el Hospital más preparado para atenderla.

3.- En caso de necesidad justificada, se puede plantear la movilización de recursos humanos y materiales entre los hospitales de la Red.

4.- El coste de la atención sanitaria de los casos correrá a cargo de la Comunidad Autónoma en la que tenga la Tarjeta Sanitaria. El coste de tratamiento de casos de ciudadanos residentes en países de la UE o con derechos de asistencia sanitaria en estos países o residentes en países con los que haya convenios de colaboración de la Seguridad Social, se le facturarán al país responsable siguiendo los procedimientos establecidos para la aplicación de la Decisión UE de asistencia transfronteriza o los convenios establecidos por la Seguridad Social.

5.- El coste de tratamiento de un caso de ciudadanos no residentes en la UE o que no tengan seguro y se declaren insolventes será acordado por los máximos responsables del MSSSI y de la Consejería de Sanidad en la que sea tratado. La Comisión de Hospitales no participará en este debate.

Anexo 1: Diagrama de funcionamiento del Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida y criterios de notificación.



- La Red de Hospitales para la atención de EIAR en España, es un elemento de los planes de preparación y respuesta a nivel nacional que se enmarca en el Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida (dependiente de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud) y se activa de acuerdo a los procedimientos especificados en la sección 6 de este documento.

Criterios para la notificación al Sistema Nacional de Alerta Precoz y Respuesta Rápida de eventos que puedan llegar a constituir un Evento de Salud Pública de importancia nacional (ESPIN) o internacional (ESPII)^{1,2}

1. Aumento repentino o inesperado en la incidencia o gravedad (hospitalización/mortalidad) en algún grupo de población o en la población general de una enfermedad con riesgo de extensión nacional o internacional.
2. Identificación de una enfermedad causada por un agente infeccioso nuevo o desconocido o reemergencia de una enfermedad a nivel autonómico o nacional.
3. Cualquier evento conocido en el que se aprecie un cambio en el patrón epidemiológico, siendo la fuente de exposición, el vehículo, el reservorio, el vector o el mecanismo de transmisión o patogénico nuevo o inusual.
4. Detección de una nueva cepa de un agente infeccioso conocido que pueda tener un impacto sobre la salud de la población por su mayor virulencia o transmisibilidad. Identificación de nuevos patrones de resistencia a antimicrobianos que supongan un problema de salud pública por afectar a la eficacia del tratamiento habitual.
5. Cualquier situación aguda, de origen infeccioso o no, que pueda suponer un problema de salud pública de importancia nacional o internacional (incluidos los que tengan causas u orígenes desconocidos) que pueda requerir la acción rápida y coordinada de las autoridades de salud pública nacionales o internacionales para su contención.
6. Cualquier sospecha de viruela, síndrome respiratorio agudo grave (SARS), poliomielitis por polio-virus salvaje o gripe causada por un nuevo subtipo de virus.

¹ Los criterios descritos no deben interferir con los criterios, procedimientos y mecanismos de notificación establecidos en los protocolos de las diferentes redes y sistemas de vigilancia nacionales.

² Evento de Salud Pública de Importancia Nacional (ESPIN) es aquel que una vez evaluado se considera que supone un riesgo para la salud pública, afecta o puede afectar a más de una Comunidad o Ciudad Autónoma y exige una respuesta coordinada a nivel nacional. Evento de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) es aquel que una vez evaluado se considera que supone un riesgo para la salud pública, afecta o puede afectar a más de un país y exige una respuesta coordinada a nivel internacional

Anexo 2: Procedimiento de traslado de pacientes confirmados de Enfermedad Infecciosa de Alto Riesgo a hospitales de tratamiento

Tras la activación de la Red de hospitales de atención a enfermedades infecciosas de alto riesgo, se convocará la Comisión de hospitales que deberá decidir el hospital de tratamiento a asignar y en caso necesario, valorará el medio de transporte más adecuado desde el centro de diagnóstico hasta el hospital de tratamiento.

Este procedimiento se desarrolla en el marco de la red de hospitales de atención de casos confirmados de EIAR y es aplicable únicamente al transporte de casos dentro del territorio nacional desde el centro de diagnóstico al hospital de tratamiento, si éste fuera diferente.

1. Objetivos

- Reducir el tiempo de transporte entre ambos hospitales
- Reducir el tiempo de estancia de un caso confirmado fuera del hospital de tratamiento
- Reducir los riesgos asociados al transporte de casos por carretera

2. Actores implicados

- Responsables de la gestión de la EIAR en las CCAA
- Equipos directivos y asistenciales de los hospitales de diagnóstico y tratamiento
- Servicios de emergencias de las CCAA (ambulancias)
- Comisión de hospitales de tratamiento de EIAR
- Ministerio de Defensa
- Ministerio de Sanidad

3. Tipo de transporte

Para proponer el medio de transporte más adecuado en cada situación, la Comisión valorará entre otros, los siguientes parámetros: la distancia, en kilómetros o en tiempo, desde el hospital de diagnóstico hasta el de tratamiento, las características de las vías terrestres de comunicación, la situación esperada del tráfico terrestre y la disponibilidad inmediata de transporte terrestre adecuado en la CCAA implicada.

Una vez designado el hospital de tratamiento de un caso confirmado de EIAR, se debe decidir entre uno de los siguientes medios para el transporte:

- **Terrestre:** Recomendable cuando la distancia entre el hospital de diagnóstico y el de tratamiento sea menor de 240 Km o 2 horas y cuando la vía de comunicación sea autovía o autopista. Los trayectos con duraciones previstas por encima de las 4h no son recomendables ni siquiera por autovía o autopista.
- **Aéreo:** Recomendable cuando la distancia entre el hospital de diagnóstico y el de tratamiento **no** cumpla las condiciones especificadas para el transporte terrestre, o cuando así lo decida el comité especial creado para la gestión de la emergencia. Debido a las importantes implicaciones logísticas necesarias para el transporte aéreo, los plazos de preparación necesarios (al menos 2h desde el momento de comunicar la decisión al Ministerio de Defensa) y los retrasos en la toma a cargo del paciente que ellos puede acarrear, esta opción debe valorarse con precaución

4. Preparación del paciente para el transporte

El transporte de casos confirmados de EIAR entre el hospital de diagnóstico y el de tratamiento, se hará en las condiciones de aislamiento que se consideren necesarias para cada situación. Podrá valorarse el uso de cápsula de aislamiento en caso necesario.

5. Transporte terrestre

Los responsables de la gestión de la EIAR en las CCAA, del hospital de diagnóstico y del de tratamiento, establecerán la coordinación entre los hospitales y mantendrán informado al titular de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad de todo el proceso.

El transporte terrestre lo realizará la Comunidad Autónoma de origen. El transporte terrestre desde el hospital de diagnóstico hasta el punto de recogida es responsabilidad de la Comunidad Autónoma de origen y se realizará de acuerdo a los puntos 4 y 5 de este documento. El transporte terrestre desde el punto de entrega hasta el hospital de tratamiento es responsabilidad de la Comunidad Autónoma de recepción y se realizará de acuerdo a los puntos 4 y 5 de este documento.

Sin perjuicio de lo que puedan decidir los servicios de emergencias de cada Comunidad Autónoma, si el paciente es trasladado en una cápsula de aislamiento y es introducido en la misma antes de entrar en la ambulancia, la ambulancia de transporte no requiere acondicionamiento especial. Sin embargo, si las condiciones en que se encuentre el paciente pudieran implicar la necesidad de intervenciones médicas durante el transporte que rompan las condiciones de aislamiento, se utilizará una ambulancia acondicionada de acuerdo los protocolos de actuación existentes.

La ambulancia que transporte un caso confirmado de EIAR del hospital de diagnóstico al hospital de tratamiento irá acompañada por, al menos, un vehículo de las fuerzas de seguridad siempre que las condiciones de tráfico existentes así lo aconsejen.

Las CCAA deberán establecer los mecanismos administrativos necesarios para que las ambulancias de sus servicios de emergencias puedan realizar el trayecto completo entre el hospital de diagnóstico y el de tratamiento, independientemente de que se encuentren o no en la misma Comunidad Autónoma.

6. Transporte aéreo

La coordinación del transporte aéreo se establecerá entre:

- Titular de la Dirección General de Salud Pública (Ministerio de Sanidad).
- Titular de la Inspección General de la Defensa (Ministerio de Defensa)
- Directores Generales de Salud Pública de las CCAA implicadas.

El transporte aéreo lo realizará el Ministerio de Defensa por medio de un helicóptero BOEING VERTOL CH-47 CHINOOK o AEROSPATIALE AS.332-SUPER PUMA cuyas especificaciones técnicas se detallan en el anexo 2.1 de este documento. Los puntos de recogida y entrega del paciente (helipuertos) los determinará cada Comunidad Autónoma de acuerdo a las especificaciones técnicas del helicóptero y con las autoridades locales de tráfico aéreo.

El Ministerio de Defensa es responsable de realizar las gestiones necesarias con las autoridades de tráfico aéreo para los aterrizajes, despegues y trayecto del helicóptero.

El anexo 2.2 incluye los puntos de recogida de pacientes confirmados de EIAR para su transporte aéreo y/o de entrega especificados por las CCAA. Estos puntos han sido validados por las autoridades de tráfico aéreo en cada CCAA y por el Ministerio de Defensa.

ANEXO 2.1.- Características de los Helicópteros para el transporte de casos confirmados de EIAR puestos a disposición por el Ministerio de Defensa

BOEING VERTOL CH - 47 CHINOOK: Especificaciones de aeronave

Dimensiones:

Longitud: 30,1 m.

Altura: 5,7 m

Diámetro rotor: 18,3 m

Área circular: 260 m²

Peso:

Peso vacío: 10.185 kg

Carga máx.: 12.700 kg

Peso máximo: 22.680 kg

Capacidades:

Tripulación: 3 (piloto, copiloto, ingeniero de vuelo)

Evacuación médica: 24 camillas y 3 asistentes médicos

Autonomía:

Distancia: 568,29 km (sin depósitos auxiliares)

Tiempo: 03 A 09 horas (con depósitos auxiliares vuelo directo BA Colmenar - Baleares)

AEROSPATIALE AS.332 -SUPER PUMA: Especificaciones de aeronave

Dimensiones:

Longitud: 18,7 m.

Envergadura: 3,380 m.

Altura: 4,95 m.

Diámetro rotor principal: 15 m.

Diámetro rotor cola: 3,04 m.

Peso:

Vacío: 3.920 kg.

Máximo al despegue: 7.800 kg.

Velocidad:

Máxima: 294 km/h

Crucero: 271 km/h

Autonomía:

Distancia: 572 km./h

Tiempo: 04:30 horas

