



I. COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN

D. OTRAS DISPOSICIONES

CONSEJERÍA DE SANIDAD

RESOLUCIÓN de 15 de abril de 2020, de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Administración de la Comunidad de Castilla y León, en relación con el procedimiento de notificación por los centros, servicios y establecimientos sanitarios de diagnóstico clínico acerca de los casos COVID 19 confirmados en nuestra comunidad.

El Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, contempla una serie de medidas dirigidas a proteger el bienestar, la salud y seguridad de los ciudadanos y la contención de la progresión de la enfermedad, así como la posibilidad de que los centros y establecimientos sanitarios de carácter militar y los centros, servicios y establecimientos sanitarios de titularidad privada contribuyan a reforzar el Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional.

En este estado de cosas, la Orden SND/344/2020, de 13 de abril, dispone la obligación por parte de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de diagnóstico clínico de titularidad privada estar disponibles para entrar a formar parte o reforzar los circuitos de diagnóstico ya existentes y por tanto a disposición de las comunidades autónomas, así como a notificar a la autoridad sanitaria competente de dicha comunidad los casos COVID-19 confirmados.

No en vano, el SARS-CoV-2 (COVID-19) es un subtipo de la familia SARS, sobre los que existe la obligación de ser notificada tan pronto se detecte un nuevo caso con la máxima urgencia y por el medio más rápido posible.

En ese sentido la propia Orden obliga a las autoridades sanitarias competentes de cada comunidad autónoma a dictar las resoluciones, disposiciones e instrucciones interpretativas que, en la esfera específica de su actuación, sean necesarias para garantizar la eficacia de lo dispuesto en ella y para cumplir con las tareas de vigilancia y contención de la epidemia.

En virtud de lo anteriormente expuesto, y en ejercicio de las funciones establecidas en el artículo 70 de la Ley 8/2010 de 30 de agosto, de ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, en la condición de autoridad sanitaria en la Comunidad de Castilla y León,

RESUELVO

Primero.— Todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de diagnóstico clínico, con independencia de su titularidad, ubicados en el territorio de Castilla y León, realizarán, en su caso, pruebas diagnósticas para la detección del COVID-19 bajo prescripción médica.

Segundo.– Todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de diagnóstico clínico, con independencia de su titularidad, deberán notificar a esta la autoridad sanitaria los casos de COVID-19 confirmados de los que hayan tenido conocimiento tras la realización de las correspondientes pruebas diagnósticas dando traslado de toda la información, en el día inmediato siguiente a la obtención de los resultados, conforme al modelo previsto en el Anexo I, a los Servicios Territoriales de Sanidad de la provincia donde se encuentren ubicados dichos centros, servicios y establecimientos sanitarios, a las direcciones de correo relacionadas en el Anexo II.

Tercero.– Todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de diagnóstico clínico, con independencia de su titularidad, y cualquier entidad de naturaleza pública o privada, que adquieran hisopos para toma de muestras, medio de transporte de virus, reactivos de inactivación, kits de extracción de ácidos nucleicos o reacciones de PCR, o test rápidos diagnósticos deberán ponerlo en conocimiento de esta autoridad sanitaria con indicación expresa del tipo de material, número de unidades adquiridas y destino de uso.

Dicha información se trasladará en el plazo máximo de 2 días a los Servicios Territoriales de Sanidad, para su inmediata remisión a esta Dirección General de Salud Pública. (Ver Anexo II)



Cuarto.– Sin perjuicio de las medidas adoptadas en la presente resolución los centros, servicios y establecimientos sanitarios objeto de la misma, deberán permanecer operativos con todos sus medios materiales y personales y estarán disponibles para su puesta a disposición del Servicio Público de Salud, si fuera preciso, mediante la correspondiente Orden de la Consejería de Sanidad de acuerdo con las necesidades que se pongan de manifiesto en la gestión de esta crisis y en los términos previstos Orden SND/344/2020, de 13 de abril.

Quinto.– La presente resolución resultará de aplicación durante el tiempo en que permanezca el estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, así como sus prórrogas correspondientes.

Valladolid, 15 de abril de 2020.

La Directora General de Salud Pública,
Fdo.: M.^a DEL CAMEN PACHECO MARTÍNEZ

ANEXO I

 Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad	ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA - COVID-2019	 Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León
--	---	--

Nº de caso: _____ Nº de HC: _____ Año: _____ Semana nº _____ que termina el domingo día _____

Código de caso SIVIES: _____

DATOS DE FILIACIÓN DEL ENFERMO

Apellidos y Nombre: _____ NIF: _____ CIP: _____
Fecha de nacimiento (día/mes/año): _____ Edad (años): _____ Sexo (H/M): _____ País: _____
Provincia: _____ Localidad: _____ Desplazado
ZBS: _____ Dirección: _____ CP: _____ Teléfono: _____
Centro de trabajo o enseñanza: _____
Situación laboral / Ocupación: _____ / _____

INFORMACIÓN DEL CASO

Fecha de declaración del caso (a la CCAA): _____
Fecha de nacimiento (día/mes/año): _____ Edad: _____ Sexo (H/M): _____
Código de caso SIVIES: _____
Provincia de residencia: _____ Municipio de residencia: _____

Fecha de inicio de síntomas: _____ ¿Asintomático en el momento de la toma de muestra? Sí No

¿El paciente es trabajador sanitario?
 Sí No NS/NC

Ingreso en hospital: SI NO NS/NC
Nombre del hospital: _____
Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____

Aislamiento domiciliario: Sí No NS/NC

Descripción clínica:

Signos/Síntomas	SI	NO	NC
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome de Distress Respiratorio Agudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros cuadros respiratorios graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallo renal agudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Factores de riesgo y enfermedad de base: Sí No NS/NC Diabetes Enfermedad cardiovascular HTA Enfermedad pulmonar crónica Otras: _____Ingreso en UCI: SI NO NS/NC Fecha de ingreso UCI: _____ Fecha de alta UCI: _____Ventilación mecánica: SI NO NS/NC**Resultado:** Todavía en seguimiento Vivo recuperado al final del seguimiento Muerte Fecha de defunción: _____ NS**DATOS DE LABORATORIO**

Fecha de recepción en el laboratorio fuente: _____ Fecha de diagnóstico del laboratorio: _____

Pruebas diagnósticas

Prueba	Resultado	Fecha de resultado	Muestra	
<input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		<input type="checkbox"/> Tracto resp sup	<input type="checkbox"/> Tracto resp inf
<input type="checkbox"/> Ac Totales	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		<input type="checkbox"/> Sg periférica	<input type="checkbox"/> Sg digitopunción
<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		<input type="checkbox"/> Sg periférica	<input type="checkbox"/> Sg digitopunción
<input type="checkbox"/> IgG	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		<input type="checkbox"/> Sg periférica	<input type="checkbox"/> Sg Digitopunción
<input type="checkbox"/> Ag	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		<input type="checkbox"/> Sg periférica	<input type="checkbox"/> Sg digitopunción
<input type="checkbox"/> Sin prueba diagnóstica				

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**Antecedentes de riesgo en los 14 días previos al inicio de síntomas (marcar las casillas que correspondan):****¿Ha tenido contacto estrecho con un enfermo de infección respiratoria aguda?:** Sí No NS/NC

Tipo de lugar (trabajo, clase, hogar,...): _____

¿Ha tenido contacto estrecho con un caso de COVID-19 probable o confirmado?: Sí No NS/NC

En caso afirmativo, NID del caso con el que ha tenido contacto: _____

Lugar del contacto (País (CCAA si procede) y tipo de lugar (trabajo, clase, hogar,...)): _____

Fecha del último contacto: _____

**ANEXO II**

PROVINCIA	CARGO	APELLIDOS	NOMBRE	e-mail
Ávila	Jefe Sección de Epidemiología	Andreu Román	Mar	andrommr@jcy.l.es
Burgos	Jefe Sección de Epidemiología	Yañez Ortega	José Luis	yanortjo@jcy.l.es
León	Jefe Sección de Epidemiología	Berjón Barrientos	Ana Carmen	berbaraa@jcy.l.es
Palencia	Jefe Sección de Epidemiología	Puente Callejo	Julio de la	puecalju@jcy.l.es
Salamanca	Jefe Sección de Epidemiología	Muñoz Ciudad	Teresa	muncidte@jcy.l.es
Segovia	Jefe Sección de Epidemiología	Romo Cortina	Trinidad	romcortr@jcy.l.es
Soria	Jefe Sección de Epidemiología	Villar Belzunce	Adriana del	vilbelad@jcy.l.es
Valladolid	Jefe Sección de Epidemiología	Berbel Hernández	Clara	berhercl@jcy.l.es
Zamora	Jefe Sección de Epidemiología	Villanueva Agero	Rafael	vilagera@jcy.l.es