PROTOCOLO DE COORDINACION PARA LA ATENCION A PACIENTES, INSTITUCIONALIZADOS EN CENTROS RESIDENCIALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID DURANTE EL PERIODO EPIDEMICO OCASIONADO POR EL COVID-19

Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria

Índice de Contenidos

1. INTRODUCCION/JUSTIFICACION 2
2. OBJETIVOS 2
3. POBLACIÓN DIANA 3
4. NUEVOS ROLES PROFESIONALES 3
5. DESARROLLO OPERATIVO 3
6. ANEXO I. MATERIAL A SUMINISTRAR A LAS RESIDENCIAS 5
   Material fungible: 5
   Medicación: 5
7. ANEXO 2: PROTOCOLO para pacientes que no responden al tratamiento conservador y tienen criterios de exclusión de derivación. 6
8. ANEXO 3. PROCEDIMIENTO 6
   7.1 Residencias publicas y privadas con equipos sanitarios de 24h 6

NULS

1. INTRODUCCION/JUSTIFICACION

En el marco de la actual situación epidemiológica provocada por el COVID-19, este documento recoge un Plan de actuación único para dar soporte sanitario a las residencias públicas y privadas de la Comunidad de Madrid desde los Servicios de Geriatría de los hospitales de la Red Sanitaria Pública del Servicio Madrileño de Salud.

En el escenario actual de transmisión comunitaria sostenida generalizada se considera (1):

- ✓ **Caso confirmado**: caso que cumple criterio de laboratorio (PCR de screening positiva y PCR de confirmación en un gen alternativo al de screening también positiva). Se enviarán al CNM al menos las muestras de los pacientes confirmados con curso atípico de la enfermedad o de especial gravedad.
- ✓ **Caso probable**: caso cuyos resultados de laboratorio para SARS-CoV-2 no son concluyentes. Estos casos se enviarán al CNM para confirmación.
- ✓ **Caso descartado**: caso cuyos resultados de laboratorio para SARS-CoV-2 son negativos.
- ✓ **Caso posible**: caso con infección respiratoria aguda leve sin criterio para realizar test diagnóstico.

(1) Procedimiento de actuación frente a casos de nuevo coronavirus. Ministerio de Sanidad. Actualización 15.03.2020

El presente protocolo se irá adaptando a la evolución de la pandemia, al amparo de Código Deontologico de las profesiones sanitarias y sus cuatro principio fundamentales: Justicia, Equidad, No maleficiencia y beneficiencia.

2. OBJETIVOS

- OBJETIVO GENERAL

Establecer un modelo de coordinación entre los centros residenciales públicos, concertados y privados dependientes de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid y Centros Asistenciales dependientes de la Consejería de Sanidad de los hospitales de la Red Sanitaria Pública del Servicio Madrileño de Salud, que permita garantizar una atención a las necesidades de los residentes afectados por el Covid-19 con criterios de calidad, adecuación científico técnica y seguridad.

- OBJETIVOS SECUNDARIOS

1) Contribuir a la sostenibilidad del Sistema de Salud evitando las graves consecuencias que el colapso del mismo tendría tanto para la población afectada por el Covid-19 como para los pacientes no afectados por el virus y cuya salud debiera sufrir las menores consecuencias posibles de la actual crisis.
2) Identificar los pacientes que se beneficien de una derivación a centros hospitalarios por mejorar el pronóstico de supervivencia y calidad de vida a corto y largo plazo.
3) Responder adecuadamente a los principios de la bioética y el codigo deontologico de las profesiones sanitarias en situaciones de emergencia y catastrofes sanitarias.
4) Asegurar el acceso a los recursos indicados y al confort de los pacientes en cada fase de la enfermedad

5) Identificar los procesos sanitarios y los profesionales que mejoren y agilicen la implantación de las medidas a adoptar
6) Minimizar la expansión de la enfermedad, protegiendo a los convivientes y al personal que atiende a los pacientes
7) Asegurar el acceso de los centros residenciales al material y medicación necesarios

Dichas medidas han de implementarse sobre una población con características diferenciales respecto del universo de pacientes enfermos, que representa a uno de los grupos de mayor riesgo y que van a ser atendidos mayoritariamente en un medio con peculiaridades, según ha reconocido la European Geriatric Medicine Society en un reciente comunicado.

3. POBLACIÓN DIANA

Son destinatarios de este protocolo de coordinacion todos los residentes en centros residenciales publicos, privados y concertados dependientes de la Consejeria de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid, en particular los considerados como caso confirmado, caso probable o caso posible de infeccion por Covid-19

4. NUEVOS ROLES PROFESIONALES

1.- Geriatra de enlace

2.- Coordinador de Plazas Sociosanitarias

5. DESARROLLO OPERATIVO

Ante la deteccion, por parte del personal del centro residencial, de un paciente con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda compatible con infeccion por Covid-19, se porcedera de la siguiente manera:

1) Establecimiento de las **medidas para la prevención, control de la infección y limitar la transmisión según los estandares establecidos.**

2) Contacto telefónico con su **GERIATRA DE ENLACE** en horario entre 8.00 y 22.00 h. Fuera de este horario, si la situación clínica del paciente lo requiere, se contactará con SUMMA 112.

3) Valoración, conjuntamente con el geriatra de enlace, de las ***RECOMENDACIONES DE EXCLUSIÓN DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA ANTE UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA***:

- Los protocolos de determinación de PCR diagnóstica serán los que se establezcan en el "Procedimiento de actuación frente a casos de nuevo coronavirus" del Ministerio de Sanidad (ultima actualizacion disponible). Igualmente con los *kits rápidos*,una vez disponibles.
- Valorar clínicamente la derivación al hospital a los pacientes que cumplan estos criterios:
  - Pacientes en situación de final de vida subsidiarios de cuidados paliativos
  - Pacientes con criterios de terminalidad oncológica, de enfermedades de órgano avanzada.
  - Pacientes con criterios de terminalidad neurodegenerativa (GDS de 7)
  - Deterioro funcional severo (definidos por Barthel <25)
  - Deterioro funcional grave (Barthel 25-40) más deterioro cognitivo moderado (GDS 5): lo ideal sería visita/ atención en la propia residencia. Si no es posible, derivar.

4) Valoración, conjuntamente con el geriatra de enlace, de las ***RECOMENDACIONES DE EXCLUSION DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA ANTE OTRA PATOLOGIA:***

Valorar clínicamente la derivación al hospital a los pacientes que cumplan con los siguientes criterios:

- Criterios de gravedad de la patología aguda a tratar
- Pacientes en situación de final de vida subsidiarios de cuidados paliativos
- Pacientes con criterios de terminalidad oncológica, de enfermedades de órgano avanzada.
- Pacientes con criterios de terminalidad neurodegenerativa (GDS de 7)
- Deterioro funcional severo (definidos por Barthel <25)
- Deterioro funcional grave (Barthel 25-40) más deterioro cognitivo moderado (GDS 5): lo ideal sería visita/ atención en la propia residencia

5) PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN:

Será el geriatra de enlace quien activará el traslado a su centro hospitalario de referencia (o centro de apoyo, o al hospital de IFEMA cuando ello sea posible) y el transporte, traslado consensuado con el médico responsable del paciente.

Mientras espera el transporte al hospital al paciente se le debe colocar una mascarilla quirúrgica y aislar en una habitación con la puerta cerrada. Durante el traslado, el paciente portará una mascarilla quirúrgica.

6) PLAN DE CONTINGENCIA DE PERSONAL:

- Cada residencia deberá elaborar un plan de contingencia para prevenir el contagio del personal sanitario y sus bajas consecuentes.
- Debe planificar turnos de cuidadores y voluntarios en equipos fijos para evitar el contagio entre el personal.

7) REINGRESOS TRAS EL ALTA HOSPITALARIA Y NUEVOS INGRESOS

- Durante el tiempo de la pandemia, las residencias pueden admitir a cualquier persona que normalmente admitiría en sus instalaciones, incluidas las personas que han estado en hospitales donde hay casos de COVID-19, asegurando sus medidas de aislamiento o tratamiento que así lo requieran, **reservando una unidad / ala exclusivamente** a los residentes que vengan o regresen del hospital. En caso de pacientes que no sean grandes dependientes (según AVBVD), pueden ser trasladados del hospital a uno de los hoteles medicalizados.
- Si se llegara a situación de Alerta 3, las autoridades sanitarias podrán disponer de las camas útiles en estos centros. Para ello se crearía la figura del **COORDINADOR DE PLAZAS SOCIOSANITARIAS**. Todas las residencias deberan informar diariamente de la disponibilidad de plazas

8) PROVISIÓN DE MATERIAL Y APOYO SANITARIO ESPECÍFICO
(Ver ANEXO I)

Tras el adecuado abastecimiento de material de protección (EPIs) a las residencias de mayores, distribución centralizada desde la Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Natalidad, las residencias que lo precisen solicitarán dicho material a través de esa vía. Excepcionalmente, si no hubiese disponibilidad, se solicitará ayuda al hospital. Dicho hospital de referencia sí debe atender el suministro de medicación y material fungible.

CARLOS MUR DE VÍU - 29118919E

Firmado digitalmente por CARLOS MUR DE VÍU - 29118919E
Fecha: 2020.03.24 20:51:23 +01'00'

Fdo. Dr. Carlos Mur de Víu. DG de Coordinación Socio- Sanitaria del SERMAS

6. ANEXO I. MATERIAL A SUMINISTRAR A LAS RESIDENCIAS

Material fungible:

1. Sistemas de suero, agujas, jeringas de 5 y 10 ml, sueros monodosis 10 ml.
2. Material canalización vvp: abocaths, jeringas, gasas, clorhexidina, compresores, alargaderas, tapones, llaves de 3 pasos, apósitos tipo mepore/tegaderm para las vías, mallafix número 5.
3. Mascarillas O2, gafas nasales, sistemas de aerosoles.
4. Sistemas de O2, compresores o balas.
5. Sueros 500 ml: fisiológico y suero glucosado 5%.
6. Prochamber (cámara inhalador para evitar aerosoles siempre que sea posible)

Medicación:

1. Antibióticos v. IV:
    - Ceftriaxona 2g
    - Levofloxacino 500 mg
    - Fosfomicina Na 1 g
    - Amoxicilina clavulánico 2g
    - Ertapenem 1 g
2. Antibióticos v. OR:
    - Fosfomicina 500 mg
    - Levofloxacino 500 mg
    - Amoxicilina clavulánico 2g
    - Trimetropin/Sulfametoxazol 800/160 mg
3. Resto medicación v. IV:
    - Furosemida amp 20 mg
    - Cloruro mórfico 1% amp 1mg
    - Buscapina amp 20 mg/ml
    - Midazolam amp 5mg/5ml
    - Omeprazol amp 20 mg
4. Suero fisiológico 0.9% y suero glucosado 5%.
5. Combiprasal aerosoles (uso restringido)

MINUS

7. ANEXO 2: PROTOCOLO para pacientes que no responden al tratamiento conservador y tienen criterios de exclusión de derivación.

Medicación imprescindible para el abordaje de los pacientes en situaciones graves de pacientes sin criterios de derivación o de últimos días:

- LEVOMEPROMACINA, 25 MG, AMP
- HALOPERIDOL 25 MG, AMP
- MIDAZOLAM 5MG/ML, AMP DE 3 ML (es la mejor presentación para vía subcutánea)
- Sistemas de administración de fármacos por vía SC (si el paciente no necesita via IV es preferible el empleo de SC y más sencillo de manejar para cualquier profesional.
- DICLOFENACO 75, AMP
- Si fuera posible, INFUSORES BAXTER DE 5 DÍAS, (se optimiza el uso de recursos humanos y el paciente está controlado durante ese tiempo)

8. ANEXO 3. PROCESO Y PROCEDIMIENTO

7.1 Residencias publicas y privadas con equipos sanitarios de 24h

TITULO PROCESO: **Proceso de consulta el Geriatra de Enlace y derivación de los pacientes institucionalizados en residencias con soporte sanitario de 24h a hospitalización durante la Pandemia de Covid-19**		
Misión del proceso Apoyo extrahospitalario del paciente institucionalizado, para prevenir las derivaciones innecesarias a centros hospitalarios durante la pandemia de Covid-9.		
LIMITE INICIAL	Paciente con deterioro clínico	**Tiempo**
LIMITE FINAL	Paciente tratado adecuadamente	

PROCEDIMIENTO:

1.- El personal sanitario de la residencia deberá **establecer los criterios de derivación de cada paciente** de forma preventiva en horario de mañana. Podrá contactar si necesita ayuda con el geriatra de enlace.

2.- Ante cualquier **situación aguda**, el personal sanitario de la residencia, podrá consultar con su geriatra de enlace en el horario indicado.

2.1 El geriatra junto al personal sanitario del centro valorará la situación clínica y establecerá la posibilidad de tratar en la residencia

2.1.1.- Si el paciente puede recibir el tratamiento en la residencia, el geriatra prescribirá la medicación y hará la solicitud a la farmacia de su hospital. Quien la preparará y la pondrá a disposición del conductor de la residencia. El personal de la residencia llamará a su conductor para que vaya a recoger la medicación del hospital.

2.1.2. Si el cuadro clínico necesita soporte hospitalario, el geriatra verificará el traslado a una planta de hospitalización

El personal de la residencia activará al transporte específico (SAMU) o SUMMA 112 para traslado

2.1.3.- Si el cuadro clínico es urgente, el geriatra indicará su traslado a urgencias del hospital más próximo.

El personal de la residencia activará al al transporte específico (SAMU)o SUMMA 112 para traslado

2.2 Si el paciente **NO tiene criterios de derivación**, su medico o el geriatra prescribirá el tratamiento más adecuado, incluido las medidas de confort indicadas en el anexo 2 del presente documento.

La dirección del centro y los equipos sanitarios decidirán si permitirán el régimen de visitas de los familiares en la situación 2.2 bajo las medidas de protección necesarias y de aislamiento y cuarentena posterior en su domicilio.

En caso de necesidad de activación de la UME a través del 112 para labores de desinfección de la residencia, se rellenará el protocolo por los responsables de la residencia, pudiendo ser ayudados por el geriatra de enlace en la toma de decisión.

NIUS