

PROTOCOLO DE ACTUACION EN RESIDENCIAS DE MAYORES DE LA COMUNIDAD DE MADRID
DURANTE EL PERIODO EPIDÉMICO OCASIONADO POR EL COVID 19

Tabla de contenido

Consideraciones generales sobre el objetivo del presente documento	2
Medidas para la prevención y control de la infección	3
Medidas específicas para limitar la transmisión de COVID-19 en residencias de mayores.....	6
¿Cómo deben las instalaciones restringir la entrada a los visitantes?	6
¿Cómo deben los establecimientos monitorizar o restringir al personal del centro de atención médica?	8
¿Cuándo deberían las residencias considerar derivar a un paciente con infección sospechada o confirmada con COVID-19 a un hospital?	9
¿Cuándo debe una residencia aceptar a un residente que fue remitido al hospital para evaluación o ha sido dada de alta tras ser diagnosticado con COVID-19 de un hospital?	12
Resumen de Recomendaciones generales en las residencias de mayores	13
Identificar plan y recursos	13
Identificar los teléfonos de salud pública y los recursos profesionales.	13
Identifique contactos en su hospital de referencia	13
Vigilancia y seguimiento	14
Sintomatología	14
Protección del personal y visitantes	14
Implementando Restricciones	15
Desarrolle criterios y protocolos para nuevas admisiones cuando COVID-19 haya sido identificado en su centro sociosanitario	15
Salud del personal y planificación de contingencias	15
Desarrollar planes de contingencia de personal y colocación de pacientes.	16
MATERIAL NECESARIO EN CENTROS SOCIO SANITARIOS: EQUIPOS DE PROTECCIÓN FRENTE A CORONAVIRUS	16
RECOMENDACIONES GENERALES	16
CIRCUITOS PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICACION A LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS	18
Estos circuitos deben gestionarse en cada centro y coordinarse entre geriatría y farmacia hospitalaria.	19
Manejo de defunciones en estos centros	19
Pasos en el tratamiento del cadáver.....	20
Traslado desde la sala o espacio de aislamiento	20
Transporte al tanatorio	21

Otras actuaciones sobre el cadáver	21
Féretro y destino final.....	21
ANEXO 1. GERIATRAS DE REFERENCIA	21
ANEXO 2. DATOS QUE DEBEN APORTAR LAS RESIDENCIAS EN LA LLAMADA AL GERIATRA ...	22
ANEXO 3. TRATAMIENTO CONFORT/LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO/MAL CONTROL DE SINTOMAS	23
ANEXO 4. MEDIDAS GENERALES A TENER EN CUENTA EN TODOS LOS RESIDENTES.	25
ANEXO 5. PROPUESTA DE TRATAMIENTO DE PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS CON SOSPECHA O COVID 19 +	26
GENERALIDADES.....	26
<i>Toma de constantes: TA,FC,FR y Saturación diaria y si descompensación determinación cada 8h</i>	<i>26</i>
GRADO DE INSUF RESPIRATORIA.....	26
SITUACION BASAL.....	26
FARMACOS.....	26
LEVE:.....	26
<i>No hipoxemia</i>	<i>26</i>
<i>No dificultad respiratoria</i>	<i>26</i>
<i>Cualquier situación basal</i>	<i>26</i>
MODERADO	26
<i>Hipoxemia y/o dificultad respiratoria moderada</i>	<i>26</i>
<i>Paciente sin deterioro cognitivo/funcional o leve-moderado, y comorbilidad que deciden tratamiento en residencia</i>	<i>26</i>
MODERADO	28
<i>Hipoxemia y/o dificultad respiratoria moderada</i>	<i>28</i>
<i>Paciente con deterioro cognitivo/funcional severo o grave comorbilidad.....</i>	<i>28</i>
GRAVE:.....	28
<i>Hipoxemia severa, dificultad respiratoria grave, shock, confuso, bajo nivel de conciencia....</i>	<i>28</i>
<i>Paciente con deterioro cognitivo/funcional severo o moderado que se decida limitación del esfuerzo terapéutico</i>	<i>28</i>

Consideraciones generales sobre el objetivo del presente documento

El presente documento persigue un triple objetivo:

- 1) Aportar normas para la atención más adecuada y proporcionada a las necesidades de cada paciente, asegurando dicha cobertura

2) Tratar al paciente contribuyendo a la sostenibilidad del Servicio de Salud, cuyo colapso tendría consecuencias graves para la población afectada por el COVID-19, pero también para otros pacientes no afectados por el virus y cuya salud debiera sufrir las menores consecuencias posibles de la actual crisis

3) Minimizar la expansión de la enfermedad, protegiendo a los convivientes y al personal que atiende a los pacientes

Dichas medidas han de implementarse sobre una población con características diferenciales respecto a otros grupos de pacientes, incluyendo otros pacientes mayores que residen en sus domicilios, 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.

Medidas para la prevención y control de la infección

Las precauciones para el manejo de los pacientes en posible, probables o confirmados por COVID-19, deben incluir las precauciones estándar, precauciones de contacto y precauciones de transmisión por gotas y, si se van a producir aerosoles, precauciones de transmisión aérea.

Las medidas recomendadas para la prevención y control de la infección son las siguientes:

- El personal sanitario establecerá con la mayor rapidez posible si un residente con infección respiratoria aguda cumple los criterios de caso en investigación, así como una estratificación del proceso (ver más adelante criterios de derivación y recursos adaptados). Dadas las condiciones de las personas que viven en residencias de mayores,

considerar que la presencia de fiebre/febrícula como único síntoma puede obedecer a otras múltiples causas (infecciones urinarias, escaras infectadas, deshidratación...).

- Los residentes que se identifiquen como casos probables deberán separarse de las restantes personas, se les pondrá una mascarilla quirúrgica, siempre que sea posible, para proteger a los restantes y se habilitará una zona de aislamiento que podrá ser común para todos ellos (aislamiento por cohortes). El personal que les acompañe hasta la zona de aislamiento llevará mascarilla quirúrgica.
- Si el cuadro clínico no lo precisa (no existen criterios de gravedad: nulo o leve deterioro del estado general, Saturación de oxígeno mayor del 89%, temperatura inferior a 38°C) o la situación basal del paciente hace poco probable que el residente se beneficie de traslado a otro centro, el aislamiento se llevará a cabo en el propio centro, siempre que se pueda garantizar un adecuado aislamiento y no sean necesarios otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos, en cuyo caso se derivará al dispositivo pertinente, según se describe más adelante.
- El aislamiento óptimo se realizará en una habitación individual con baño propio, siempre que sea posible, y bien ventilada. En su defecto podrá efectuarse en habitación doble compartida por otro residente considerado como caso (aislamiento por cohortes), que estén bien ventiladas y preferentemente con baño propio o si no es posible, que se asignen baños diferenciados para la población asintomática y la afectada o probables.
- El personal sanitario/asistencial que atienda a casos probables o confirmados para infección por COVID-19 deberá reducirse al mínimo imprescindible y deberán llevar un equipo de protección individual según se describe más adelante. El personal que no tenga contacto directo con el residente deberá en cualquier caso mantener una distancia de seguridad mínima de 1 metro, siendo lo recomendable que ésta sea de dos metros
- Dado que no existe evidencia de transmisión aérea se recomienda como medida de precaución la utilización de mascarilla quirúrgica.
- Se debe cumplir una estricta higiene de manos antes y después del contacto con el paciente y de la retirada del EPI. Esta medida, de fácil aplicación, es, con mucho, la medida más eficaz. También hay que evitar tocarse cara y ojos tras tener contacto con el paciente.
- Es importante identificar a todo el personal sanitario que atiende a los casos probables o confirmados de infección por el nuevo coronavirus. El riesgo deberá ser valorado de forma individualizada. Si no se han cumplido las medidas de precaución y protección, serán considerados contactos estrechos y se manejarán como tales, mientras que en si

han utilizado las medidas de protección adecuadas dada su condición de trabajadores esenciales para los servicios públicos podrán seguir en su puesto de trabajo usando los EPIs pertinentes mientras que no presenten sintomatología clínica.

- Se debe realizar la limpieza y desinfección de las superficies con las que ha estado en contacto el paciente y/o sus secreciones. La limpieza y desinfección se realizará con un desinfectante incluido en la política de limpieza y desinfección del centro. Estos virus se inactivan tras 5 minutos de contacto con desinfectantes, como la lejía o con una solución de hipoclorito sódico que contenga 1000 ppm de cloro activo (dilución 1:50 de una lejía con concentración 40-50 gr/litro preparada recientemente). El personal de limpieza utilizará equipo de protección individual adecuado dependiendo del nivel de riesgo que se considere en cada situación.
- Las medidas de aislamiento se mantendrán hasta 14 días después del inicio del cuadro, siempre que hayan desaparecido los síntomas.
- Durante el período de alarma se suspenderán las visitas de amigos y familiares, si bien el contacto telefónico o a través de otros medios puede y debe mantenerse, contribuyendo al confort emocional del residente. Del mismo modo estos residentes no deben salir en ningún caso del centro ni de la zona determinada para aislamiento.
- Los residuos sanitarios provenientes de la asistencia a usuarios confirmados o en investigación, se clasificarán como residuos biosanitarios infecciosos o específicos del Grupo III. Estos residuos exigen el cumplimiento de medidas de prevención en la manipulación, recogida, almacenamiento, transporte, tratamiento y eliminación, por representar riesgos para los trabajadores, para la salud pública o el medio ambiente. Deben seguir procesos de gestión especiales por parte de empresas autorizadas por las Comunidades Autónomas (Gestor Autorizado de Residuos).
- La ropa personal y ropa de cama, toallas, etc. de estos usuarios se retirará según los procedimientos establecidos, se evitará airearla y sacudirla, se cerrará con inmediatez antes de sacarla de la habitación y se retirará, identificando estas bolsas hasta su entrega, para evitar la diseminación del virus, procediéndose a su lavado mediante los procedimientos habituales de lavado utilizados, entre 60 y 90º C.
- La vajilla y menaje utilizado por los usuarios confirmados o en investigación no requiere ningún tratamiento especial ni el uso de utillaje de cocina desechable. El lavado se realizará en el mismo lavavajillas que el resto de menaje del centro.

Medidas específicas para limitar la transmisión de COVID-19 en residencias de mayores

¿Cómo deben las instalaciones restringir la entrada a los visitantes?

Los centros sociosanitarios deben restringir las visitas a dichos centros sociosanitarios de toda persona excepto a aquellos casos en que por situación clínica (gravedad o terminalidad) sea imprescindible. Las personas que cumplan estos criterios deberán mantener una distancia de al menos 1 metro, evitar el contacto físico y usar, mascarillas quirúrgicas

Las instalaciones deben aumentar la señalización visible en las entradas / existir, hacer controles de temperatura, aumentar la disponibilidad de desinfectante de manos. Además, es imprescindible el dar formación, antes de que los familiares acudan al centro las habitaciones de los residentes, sobre higiene de manos, limitación de superficies tocadas y uso de EPP de acuerdo con la política actual de las instalaciones mientras se encuentre en la habitación de los residentes.

Las personas incapaces de demostrar el uso adecuado de las técnicas de control de infecciones deben ser restringidas de entrada.

Los centros deben reevaluar su funcionamiento poniendo especial atención a cómo interactúan con voluntarios, vendedores y proveedores de suministros... tomando las medidas necesarias para prevenir cualquier posible transmisión. Así, no se debe permitir que los proveedores de suministros transporten suministros dentro de la instalación. Haga que los dejen en una ubicación concreta y que sea el personal del centro el que lo introduzca.

En lugar de visitas los centros deben considerar:

- a) Ofrecer medios de comunicación alternativos para las personas que de otro modo visitarían, como teléfono, video comunicación, etc.
- b) Crear / aumentar la comunicación del centro con las familias.
- c) Asignar personal como contacto principal con las familias para las llamadas entrantes y realizar llamadas salientes regulares para mantener a las familias al día.
- d) Comunicar diariamente el estado operativo general del centro poniendo especial hincapié en cuando es seguro reanudar las visitas.

Cuando las visitas son necesarias (por criterios de gravedad o terminalidad), las instalaciones deben hacer esfuerzos para permitir visitas seguras para los residentes y seres queridos, incluyendo:

- a) Limitación del contacto físico con los residentes y otras personas mientras se encuentre en la instalación. Practicar distancias sociales sin estrechar la mano ni abrazarse, y con dos metros de distancia.
- b) Si es posible (por el diseño del centro), es recomendable crear áreas de visita dedicadas (por ejemplo, "salas limpias") cerca de la entrada de la instalación donde los residentes puedan reunirse con los visitantes en un ambiente desinfectado. Las instalaciones deben desinfectar las habitaciones después de cada reunión de residentes y visitantes.
- c) Debe crearse un programa telefónico a nivel de la Comunidad para atender a los residentes de los centros que permita garantizar sus derechos.

Información a familiares que acuden al centro (situación de extrema gravedad o terminalidad)

- a) Aconsejar a los visitantes expuestos (por ejemplo, contacto con un residente de COVID-19 antes de la admisión) a que vigilen los signos y síntomas de infección respiratoria durante al menos 14 días después de la última exposición conocida y, si está enfermo, se auto aislará en su hogar y contactará con salud pública
- b) Aconseje a los visitantes que informen al centro sobre cualquier signo y síntoma de COVID-19 o enfermedad aguda dentro de los 14 días posteriores a su visita al establecimiento.

¿Cómo deben los establecimientos monitorizar o restringir al personal del centro de atención médica?

La misma evaluación realizada para los visitantes debe realizarse para el personal del centro.

- Personal que presente signos y síntomas de una infección respiratoria. No debe presentarse a trabajar (FIEBRE > 37,5 C).
- Cualquier persona que desarrolle signos y síntomas de una infección respiratoria mientras está en el trabajo, debería: Dejar de trabajar inmediatamente, ponerse una mascarilla y aislarse en casa;
Informar a salud laboral del centro y a salud pública e incluir información sobre individuos, equipos y lugares con los que la persona entró en contacto.

En un escenario de transmisión comunitaria sostenida generalizada se debe realizar la **detección** de infección por COVID-19 en las siguientes situaciones.

- Persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de cualquier gravedad que pertenezca a alguno de los siguientes grupos:
 - (a) personal sanitario y socio- sanitario,
 - (b) otros servicios esenciales.

* Se podrá considerar la realización de la **prueba diagnóstica** en personas especialmente vulnerables que presenten un cuadro clínico de infección respiratoria aguda independientemente de su gravedad, tras una valoración clínica individualizada.

No se realizará la prueba diagnóstica de rutina a aquellas personas que presenten infección respiratoria aguda leve no incluidas en los supuestos anteriores.

El personal de la residencia puede ponerse en contacto con el centro de Atención Primaria asignado, que actuará de forma coordinada con el médico de la residencia si se cuenta con este recurso (BOE-A-2020-3951, sábado 21 de marzo de 2020, Sec. I. Pág. 26501). En caso de no poder contar con dicho apoyo, se tratará de proporcionar kits de detección a los centros, a través del geriatra de enlace.

¿Cuándo deberían las residencias considerar derivar a un paciente con infección sospechada o confirmada con COVID-19 a un hospital?

Las residencias con residentes sospechosos de tener infección por COVID-19 deben comunicarse con su referente en el hospital. A tal fin, los hospitales con Servicios/Unidades de Geriátrica dispondrán de un especialista de contacto entre las 8:00 y las 22:00 horas todos los días de la semana a fin de consultar con él los casos en los que se plantee traslado al hospital, haya dudas sobre el mismo o existan problemas sobre los procedimientos de aislamiento (Anexo 1).

Geriatría intentará tramitar **de forma excepcional y siempre que exista disponibilidad en el centro hospitalario** alguna prueba PCR en los siguientes casos:

- 1- Residente con clínica compatible con COVID si es el primer caso de una residencia sin casos confirmados ni sospechosos
- 2- Residente subsidiario de tratamiento específico (hidrocloroquina) que se pautaría en caso de confirmación
- 3- Residente subsidiario de derivación a hospital de apoyo por patología aguda, para decidir si se deriva a hospital de apoyo “COVID” o “no COVID”.

Los residentes infectados con COVID-19 pueden variar en severidad desde la falta de síntomas hasta síntomas leves o graves. Para los casos leves (no deterioro significativo del estado general, no presencia de disnea con saturación de oxígeno mayor de 89% y frecuencia respiratoria < 20, se intentará manejar en la residencia siempre que el centro pueda seguir las prácticas de prevención y control de infecciones recomendadas en este documento.

Los centros sin una sala de aislamiento no están obligados a transferir al residente suponiendo que:

- 1) el residente no requiere un mayor nivel de atención y puede ser aislado en su habitación
- 2) la instalación puede cumplir con el resto de las prácticas de prevención y control de infecciones recomendadas en este documento.

Si el residente desarrolla síntomas más graves (fiebre mayor de 38º, frecuencia respiratoria > 30 y saturación inferior a 89%) y requiriese el traslado a un hospital para un mayor nivel de atención, el personal del centro sociosanitario se pondrá en contacto con el geriatra de su hospital, ESPECIALISTA DISPONIBLE DE 8 a 22 h.

El personal sanitario debe facilitar al geriatra detalles clínicos y de situación basal del paciente para adecuar la decisión, por tanto, antes de llamar debe tener recogida la información que se propone en el Anexo 2.

Si el geriatra autoriza el traslado, la propia residencia avisa al SUMMA/061 para proceder al traslado.

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.

En la situación actual pandémica por Covid-19 y de crisis del sistema sanitario para dar respuesta a la misma, es preciso optimizar los dispositivos asistenciales del sistema, valorando a aquellos pacientes que menos se benefician del ingreso hospitalario en función de una serie de criterios bien definidos:

- Pacientes en situación de final de vida subsidiarios de cuidados paliativos
- Pacientes con criterios de terminalidad oncológica o de enfermedades de órgano avanzada (cardíaca, renal, pulmonar, hepática, etc.)
- Pacientes con criterios de terminalidad neurodegenerativa (GDS o FAST de 7)
- Pacientes con Escala Clínica de Fragilidad > 6 (fragilidad grave - muy grave - enfermo terminal)

ESCALA CLINICA DE FRAGILIDAD

 <p>1. En muy buena forma. Personas que están fuertes, activas, vigorosas y motivadas. Son personas que suelen practicar ejercicio con regularidad. Son de los que están en mejor forma para su edad.</p>	 <p>2. En forma. Personas sin síntomas de enfermedad activa, pero que están menos en forma que las de la categoría 1. Suele ocurrir que se ejercitan o están muy activas por temporadas, por ejemplo, según la estación.</p>	 <p>3. En buen estado. Personas que tienen bien controlados sus problemas médicos, pero que no llevan actividad física regular más allá de los paseos habituales.</p>	 <p>7. Con fragilidad grave. Dependen totalmente para el cuidado personal, sea cual fuere la causa (física o cognitiva). Aun así, parecen estables y sin riesgo de muerte (en los siguientes ~6 meses).</p>
 <p>4. Vulnerables. Aunque no dependen de otros que les ayuden en la vida diaria, a menudo los síntomas limitan sus actividades. Suelen quejarse de estar «lentos» o cansados durante el día.</p>	 <p>5. Levemente frágiles. Estas personas a menudo tienen un enlentecimiento más evidente y necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria importantes (economía, transporte, labores domésticas, medicación). Es típico que la fragilidad leve vaya dificultando salir solos de compras o a pasear y hacer la comida o las tareas del hogar.</p>	 <p>8. Con fragilidad muy grave. Totalmente dependientes, se acercan al final de la vida. Es típico que ni siquiera se recuperen de afecciones menores.</p>	 <p>9. Enfermo terminal. Se aproximan al final de la vida. Esta categoría se aplica a personas con esperanza de vida < 6 meses y sin otros signos de fragilidad.</p>

En personas con demencia, el grado de fragilidad se corresponde con el grado de demencia. **Son síntomas comunes de demencia leve** olvidar los detalles de un acontecimiento reciente aun recordando el evento en sí, la repetición de una misma pregunta o relato y el aislamiento social. En la **demencia moderada**, la memoria reciente está muy afectada, aunque parezca que recuerdan bien los acontecimientos de su pasado. Con pautas, pueden cuidarse solos. En la **demencia grave**, no son posibles los cuidados personales sin ayuda.

Estos pacientes serán manejados preferentemente en los centros sociosanitarios bajo seguimiento telemático/telefónico por el equipo de geriatría de referencia

Se hace una propuesta orientativa de tratamiento que se debe adaptar a la situación basal del paciente, a la gravedad de la infección, a la confirmación o no de caso COVID y a los recursos de cada centro (Anexo 3, 4 y 5)

¿Cuándo debe una residencia aceptar a un residente que fue remitido al hospital para evaluación o ha sido dada de alta tras ser diagnosticado con COVID-19 de un hospital?

Una vez que se decide remitir al residente a la urgencia de un hospital, éste puede ser dado de alta desde la urgencia al descartarse la necesidad de ingreso, o bien puede ser ingresado al confirmarse el diagnóstico y valorar la gravedad de su situación clínica.

En el primer supuesto el residente volverá a la Residencia, donde se seguirán las recomendaciones dadas para las personas con sospecha o clasificadas como caso.

Las residencias deben admitir a cualquier persona que normalmente admitiría en sus instalaciones, incluidas las personas que han estado en hospitales donde hay casos de COVID-19. Además, si es posible, dedique una unidad / ala exclusivamente a los residentes que vengan o regresen del hospital. Esto puede servir como una unidad reductora donde permanecen durante 14 días sin síntomas (en lugar de integrarse como es habitual en la enfermería o regresar a la habitación).

Si se trata de un paciente que ha sido dado de alta tras ser diagnosticado con COVID-19 he ingresado en el hospital y que se encuentre aún bajo las precauciones basadas en la transmisión para COVID-19, debe ser admitido en el centro sociosanitario siempre que el centro pueda seguir las pautas para la prevención de transmisión (ver documento de material y aislamiento). Si un centro no puede, debe rechazar el traslado y esperar hasta que se suspendan estas precauciones.

La Comunidad de Madrid habilitará camas bien en Centros Sociosanitarios de referencia o en Hospitales de apoyo para dar cobertura a estos pacientes.

Resumen de Recomendaciones generales en las residencias de mayores

Identificar plan y recursos

Revise y actualice, si el centro dispone de ello, del plan para una epidemia de gripe ya que la mayoría de las medidas generales que se pueden adoptar suelen estar recogidas ahí.

Identificar los teléfonos de salud pública y los recursos profesionales.

Contacto de Atención Primaria

Contacto del Hospital de referencia

Contacto de geriatra de enlace de su Hospital de referencia (ver anexo 4)

Identifique contactos en su hospital de referencia

En preparación para la posible necesidad de hospitalizar a los residentes de las instalaciones o para recibir al paciente dado de alta del hospital es necesario establecer medidas de coordinación entre centros:

- Si un residente es derivado a un hospital, coordine el traslado con el geriatra del hospital. Si no lo hubiera, tras contactar con el geriatra de referencia y acordar el traslado, contacte con el servicio de transporte médico / servicio médico de emergencia

para garantizar que el residente pueda ser transportado y recibido de manera segura por la instalación. La forma más recomendable en estos casos es contactar con el hospital de referencia a través de enfermería o dirección de continuidad asistencial.

- Si un paciente institucionalizado es dado de alta del hospital podrán ocurrir dos situaciones:
 - Que el centro este cerrado a admisiones por haberse detectado varios casos en el centro en cuyo caso se intentará derivar a estos pacientes a sus domicilios y si estos no son posible se deberían habilitar plazas en hospitales de apoyo o bien habilitar plazas en otros centros (previa instauración de medidas a las que se hace referencia posteriormente) o, en caso de que lo anterior no sea posible, habilitar en el centro camas específicas para estos pacientes.
 - Que el centro no esté cerrado en cuyo caso se comunicará el alta desde continuidad asistencial del hospital/ servicio de geriatría en caso de que el paciente haya sido atendido en dicho servicio de geriatría.

Vigilancia y seguimiento

- Realizar vigilancia para detectar infecciones respiratorias, incluido COVID-19.
- Asignar a una persona para revisar todos los días las actualizaciones de salud pública de los departamentos de salud pública (Comunidad de Madrid y Ministerio de Sanidad).
- Implementar un protocolo para monitorizar la sintomatología de enfermedades similares a la gripe entre los residentes y el personal.
- Preguntar a los residentes que ingresan en el centro con síntomas respiratorios sobre:
 - Cualquier prueba de diagnóstico que le hayan realizado anteriormente

Sintomatología

- Los síntomas de COVID-19 son fundamentalmente tos irritativa, fiebre, malestar general, dolor de garganta y dificultad respiratoria.
- Ante estos síntomas el médico de la residencia debe valorar al paciente, habiendo asegurado previamente las medidas de protección y asilamiento y si tiene duda llamar al geriatra de referencia.

Protección del personal y visitantes

- Educar a todo el personal, residentes y familiares de los residentes sobre COVID-19.
- Incluya los siguientes temas en educación:
 - Higiene de manos

- Higiene respiratoria y medidas para la tos, incluyendo estornudos / tos en el tejido o el codo, uso de mascarilla quirúrgica si es necesario, coloque los tejidos usados en un recipiente para desechos y lávese las manos inmediatamente después de usar los tejidos.

Implementando Restricciones

Desarrolle criterios y protocolos para nuevas admisiones cuando COVID-19 haya sido identificado en su centro sociosanitario

- Informe a la dirección de continuidad asistencial de su área que su instalación está cerrada a nuevas admisiones.
- Si una sección de la instalación se cerrase: para las unidades que permanecerán abiertas a nuevos ingresos desarrolle un protocolo de comunicaciones para informar a los nuevos residentes sobre COVID-19.

En las residencias de mayores no se permitirán las visitas de familiares durante el periodo en que dure el estado de alarma.

Salud del personal y planificación de contingencias

- El personal, otros cuidadores y voluntarios deben informar de cualquier síntoma al responsable de salud laboral del centro. Esta persona es la encargada, junto a salud pública, de manejar al personal que desarrolla síntomas mientras está en el trabajo.
- Los casos confirmados en el personal pueden regresar al trabajo tras la curación, siguiendo los criterios de curación dictados en cada momento por la autoridad sanitaria. En los sospechosos no confirmados, el periodo de aislamiento/cuarentena es de 14 días
- Se debe educar al personal para autoevaluarse y reportar síntomas de enfermedades respiratorias.
- Se debe identificar a los trabajadores que puedan estar en mayor riesgo de contraer la enfermedad grave de COVID-19 (personas mayores de 60 años, con hipertensión, diabetes, múltiples enfermedades o inmunocomprometidas) e intente asignarlos a zonas no afectadas.

Desarrollar planes de contingencia de personal y colocación de pacientes.

- Identifique las necesidades mínimas de personal y priorice los servicios críticos y no esenciales según el estado de salud de los residentes, las limitaciones funcionales, las discapacidades y las operaciones esenciales de las instalaciones.
- Comuníquese con su centro de atención primaria y con la dirección de continuidad asistencial/ geriatra de enlace de su hospital de referencia para obtener orientación sobre como tratar a los pacientes en el centro en caso de que los residentes necesiten atención aguda, no haya camas de hospital disponibles o la derivación no esté indicada.
- Haga una estrategia sobre cómo su instalación puede ayudar a aumentar la capacidad de camas de hospital.
- Identificar el espacio de la instalación que podría adaptarse para su uso como camas de hospitalización ampliadas.

MATERIAL NECESARIO EN CENTROS SOCIOSANITARIOS: EQUIPOS DE PROTECCIÓN FRENTE A CORONAVIRUS

RECOMENDACIONES GENERALES

- LA PRINCIPAL MEDIDA DE PREVENCIÓN ES LA HIGIENE DE MANOS. Al entrar en la habitación, antes de atender al residente, debe lavarse las manos y volver a hacerlo tras terminar de atenderlo. TANTO EN CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS COMO EN EL RESTO.
- Colocar Mascarilla quirúrgica a todos los pacientes que presenten cuadro respiratorio.
- El personal deberá tomar las siguientes medidas según tipo de atención y servicio:

	EQUIPO DE PROTECCION
ATENCIÓN GENERAL DE RESIDENTES	<ul style="list-style-type: none">• Mascarilla quirúrgica
PACIENTES EN INVESTIGACIÓN/ CASOS CONFIRMADOS	Atención habitual del paciente <ul style="list-style-type: none">• Mascarilla quirúrgica• Bata desechable

	<ul style="list-style-type: none"> • Guantes <p>Aseo del paciente y siempre que se vaya a estar en contacto con secreciones al movilizar los pacientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mascarilla quirúrgica • Bata impermeable • Guantes
LIMPIEZA	<p>Atención Pacientes en investigación/ casos confirmados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mascarilla quirúrgica/FPP2 si esta disponible • Bata desechable • Guantes • Distancia de seguridad
CONSULTAS	Mascarilla quirúrgica para el personal
TRASLADO PACIENTES	<p>Mascarilla quirúrgica</p> <p>Guantes: cambiarlos frecuentemente y realizar higiene de manos.</p>
FAMILIARES	<p>Restricción de todos los familiares/acompañantes de TODOS los pacientes del centro, salvo que sea estrictamente necesario su acompañamiento.</p> <p>Cualquier familiar que presente síntomas se</p>

	<p>le comunicará que no puede estar en el centro.</p> <p>Si es familiar de un paciente confirmado o en investigación y está justificado su acompañamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mascarilla quirúrgica • Bata desechable • Guantes
FALLECIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Mascarilla quirúrgica • Bata impermeable • Guantes

CIRCUITOS PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICACION A LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS

Para prestar la atención precisa en los centros sociosanitarios a los residentes con sospecha o confirmación de COVID-19, se debería aportar:

- Mascarillas quirúrgicas
- Batas desechables

- Guantes
- Gafas antisalpicaduras (si existe disponibilidad)
- Sistemas de sueros y sueros
- Gafas nasales, mascarillas y sistemas de provisión de oxígeno
- Antibióticos intravenosos para tratamiento de neumonías bacterianas que puedan complicar a estos pacientes y a otros con clínica respiratoria: amoxicilina, clindamicina, cefalosporinas de segunda y tercera generación, levofloxacino, ertapenem,..
- Corticoide: hidrocortisona y metilprednisolona
- Cloruro mórfico, midazolam, levomepromazina, buscapina y ketorolaco para atención a últimos días
- Sistemas de vías (para tratamiento iv y sc)

Estos circuitos deben gestionarse en cada centro y coordinarse entre geriatría y farmacia hospitalaria.

Manejo de defunciones en estos centros

Los cadáveres de personas fallecidas por COVID-19 deben ser considerados como cadáveres del Grupo II según lo establecido en el Decreto 2263/1974, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria. Esta clasificación correspondería a cadáver de grupo III según la Guía de consenso sobre Sanidad Mortuoria aprobada por la Comisión de Salud Pública en julio de 2018. Sin embargo, dado que el cadáver puede constituir un riesgo biológico se proponen algunas medidas adicionales a las contempladas para los cadáveres de Grupo III para su tratamiento, en base a la información existente y las recomendaciones aplicables a nivel internacional.

No existe por el momento una guía específica para el manejo de cadáveres de personas fallecidas por COVID-19, pero puede ser de aplicación lo contemplado en las Directrices de la Organización Mundial de la Salud publicadas en 2014 sobre Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria, que incluye un apartado de Recomendaciones sobre el cuidado de los difuntos y un Anexo F de Servicios funerarios y autopsia.

Pasos en el tratamiento del cadáver

Traslado desde la sala o espacio de aislamiento

El cadáver debe ser transferido lo antes posible al depósito después del fallecimiento.

Antes de proceder al traslado del cadáver, debe permitirse el acceso de los familiares y amigos para una despedida sin establecer contacto físico con el cadáver ni con las superficies u otros enseres de su entorno o cualquier otro material que pudiera estar contaminado. Las personas que entren deben tomar las precauciones de transmisión por contacto y gotas, siendo suficiente una bata desechable, unos guantes y una mascarilla quirúrgica.

Todas las personas que participen en el traslado del cadáver desde la sala o espacio de aislamiento deberán tener la formación suficiente y deberán estar en número suficiente para realizar esta operación minimizando los riesgos. Todas las personas deberán estar provistas con los equipos de protección individual adecuados similares a los establecidos para el personal sanitario que atiende a casos en investigación, probables o confirmados para infección por SARS-CoV-2 en el Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) publicado por el Ministerio de Sanidad. Además, si se van a realizar tareas pesadas se recomiendan medidas adicionales como guantes de caucho, delantal de caucho y zapatos cerrados resistentes, además del equipo de protección habitual.

El cadáver debe introducirse en una bolsa sanitaria estanca biodegradable y de traslado con ataúd, que reúna las características técnicas sanitarias de resistencia a la presión de los gases en su interior, estanqueidad e impermeabilidad, tal y como está establecido en la Guía de consenso sobre Sanidad Mortuoria. La introducción en la bolsa se debe realizar dentro de la propia habitación de aislamiento. Esta bolsa se deberá pulverizar con desinfectante de uso hospitalario o con una solución de hipoclorito sódico que contenga 5.000 ppm de cloro activo (dilución 1:10 de una lejía con concentración 40-50 gr/litro preparada recientemente). Si el cierre de la bolsa es de cremallera, se procederá al sellado utilizando pegamentos u otras sustancias que aseguren la estanqueidad de la cremallera.

Una vez que el cadáver esté adecuadamente empacado en la bolsa, se puede sacar sin riesgo para conservarlo en el depósito mortuorio, enviarlo al crematorio o colocarlo en un ataúd para llevarlo al tanatorio y realizar el entierro.

Transporte al tanatorio

El personal que intervenga en el transporte deberá ser informado previamente, así como del procedimiento a seguir en el caso de producirse un incidente. Una vez finalizado el transporte se procederá a la desinfección del vehículo y a la gestión de los residuos producidos (ver en los puntos siguientes). La empresa funeraria será la responsable de la adecuada clasificación de los residuos que se puedan generar por parte de los trabajadores de la empresa de servicios funerarios. Residuos que serán clasificados como se indica en Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos.htm>

Otras actuaciones sobre el cadáver

No se deben realizar actuaciones de limpieza ni intervenciones de tanatopraxia sobre el cadáver. Tras la correcta introducción del cadáver, desinfección y sellado de la bolsa impermeable, la manipulación exterior de ésta o del ataúd que la contenga no comporta riesgos. Se puede ofrecer servicio de velatorio para el fallecido, pero éste será con el ataúd cerrado, conteniendo el cadáver introducido en la bolsa impermeable con las precauciones detalladas anteriormente.

No hay ningún cambio respecto al médico que debe firmar el certificado de defunción. El geriatra de enlace no firma el certificado de defunción.

Féretro y destino final

La bolsa impermeable conteniendo el cadáver puede introducirse en un féretro normal, sin que sean precisas precauciones especiales. El destino final puede ser entierro o incineración, en las condiciones habituales. Las cenizas pueden ser objeto de manipulación sin que supongan ningún riesgo.

ANEXO 1. GERIATRAS DE REFERENCIA

HOSPITAL	RESPONSABLE	TELÉFONO
12 de Octubre	Elena García Gómez	696 525 282
Alcorcón	Pilar Saez López	619 406 661
Clínico San Carlos	Marta Vigara García	683 119 135
Cruz Roja	Francisco Javier Gómez Pavón	630 828 716
El Escorial	Esther Lueje Alonso	638 663 520
Fuenlabrada	Alejandro Pérez Martín	91 600 60 29

Getafe	Leocadio Rodríguez Mañas	675 836 102
Gregorio Marañón	Eugenio Marañón	638 210 489
Infanta Cristina	Maria Pilar Cubo Romano	659 631 704
Infanta Elena	Luisma Martín	629 128 679
Infanta Sofía	Rafael Bielza Galindo	606 251 236
Jiménez Díaz	Ana Isabel Hormigo Sánchez	606 924 375
La Paz	Rocío Menéndez Colino	676 288 456
La Princesa	Diana Prada Cotado	690 773 581
Móstoles	Francisco Javier Cid Abasolo	667 733 766
Príncipe de Asturias	Natalia González García	629 06 68 05
Puerta de Hierro	Cristina Bermejo	680 805 031
Ramón y Cajal	Beatriz Montero	682 910 157
Rey Juan Carlos	Javier Martínez Peromingo	636 487 524
Severo Ochoa	M ^a Jesús Molina	660 360 172
Sureste	Miriam Ramos Cortes	638 210 622
Villalba	Nuria El Kadaoui Calvo	616 504 324

ANEXO 2. DATOS QUE DEBEN APORTAR LAS RESIDENCIAS EN LA LLAMADA AL GERIATRA

RESIDENCIA: Nombre de la residencia, dirección y teléfono

PACIENTE: (Nombre + DNI/CIPA)

EDAD:

SINTOMAS con tiempo de evolución de cada uno

Tos

Fiebre

Disnea

Dolor pleurítico

Capacidad para la ingesta oral

COMORBILIDAD:

HTA

DM2

CÁNCER (estadio)

EPOC/NEUMOPATÍA, disnea de reposo o a mínimos esfuerzos? -OCD

DEMENCIA: GDS

CARDIOPATIA Grado NYHA

INSUFICIENCIA RENAL AVANZADA grado

Enf hepática avanzada: encefalopatía, ascitis

PARKINSON, ELA Y OTRAS NEUROLÓGICAS (estadio)

OBESIDAD

BARTHEL:

DEAMBULACIÓN

COGNITIVO: grado: ¿reconoce personas allegadas, mantiene conversación, sabe pedir ayuda?

TA FC Tª y tiempo de fiebre Frecuencia Respiratoria

SATURACIÓN BASAL:

Nivel conciencia: alerta/letargia/confusión/coma

ANEXO 3. TRATAMIENTO CONFORT/LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO/MAL CONTROL DE SINTOMAS

PROTOCOLO DE SEDACIÓN PALIATIVA PARA PACIENTES CON COVID-19 EN RESIDENCIAS

Descripción del tratamiento adecuado para realizar la sedación paliativa en los pacientes en residencias con síndrome de distress respiratorio agudo sin respuesta al tratamiento específico, sin criterios de UCI y que presentan sintomatología refractaria y sufrimiento intolerable y muy corta expectativa de vida.

La sedación paliativa consiste en la administración de fármacos sedantes en las dosis y combinaciones requeridas para provocar la disminución deliberada del nivel de conciencia en pacientes que presenten **sintomatología refractaria** y sufrimiento intolerable y **se encuentren en fase de últimas horas /días de vida**.

En la enfermedad causada por el COVID-19 los **síntomas refractarios** más frecuentes son **disnea y delirium**. Si no son capaces de manifestar la disnea observaremos si tienen taquipnea (> 30 rpm) o trabajo respiratorio.

Para considerar la disnea refractaria debe de haber sido tratada con morfina. Puede tratarse con morfina subcutánea. Se pueden poner bolos de morfina de 5 mg cada 4 horas. Si existe mucha ansiedad asociada a la disnea se puede añadir 1 mg de midazolam al bolo de morfina.

PROCEDIMIENTO:

1-TOMA DE DECISIONES

- Decisión consensuada en el Equipo

Si se puede elegir, se utilizará la vía intravenosa (medicación de forma continua en infusión) para reducir el número de veces de contacto del equipo de Enfermería con el paciente y disminuir el riesgo de contagio. Las dosis utilizadas en estos pacientes son más altas que en la práctica habitual, por este motivo y por la gravedad de los síntomas.

2.- EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO A LA FAMILIA (vía telefónica, si no es posible la comunicación directa con la familia por situación de aislamiento ante caso confirmado)

- Explicar el objetivo de la sedación, la intención y la proporcionalidad
- Explicar que la expectativa de vida desde el inicio de la sedación es difícil de determinar, pero que puede ir de horas a días

3-MEDIDAS QUE SE DEBEN DESPRESCRIBIR:

- Tratamiento específico pautado (hidroxicloroquina)
- Antibioterapia
- Heparina de bajo peso molecular
- Hidratación

4.-REGISTRO

- Registrar el procedimiento en la Historia del paciente
- Informar a todos los turnos de enfermería
- No es necesario el consentimiento informado por escrito del paciente o familia

5.-MANERA DE REALIZAR LA SEDACIÓN POR VÍA SUBCUTÁNEA

5.1 INDUCCIÓN SEDACIÓN:

Administrar 4,5 mg de midazolam subcutáneo para inducir la sedación. Si tras 5 minutos no se ha conseguido la sedación repetir la dosis.

5.2 DOSIS DE MANTENIMIENTO:

- **Morfina:** 5 mg cada 4 horas.
- **Midazolam:** [dosis que ha sido necesaria para conseguir la sedación] cada 4 horas (ejemplo: si hemos necesitado repetir la dosis una vez, total=9mg, poner 9 mg cada 4 horas)

5.3 MONITORIZACIÓN Y SEGUIMIENTO

Realizar valoración del confort del paciente en las horas siguientes:

- Si intranquilo, taquipnea intensa o intenso trabajo respiratorio se aumentará la dosis:
 - **Morfina:** 7 mg o se aumentará la dosis un 1/3 de la dosis previa (ejemplo si tenía 9 se subirá a 12).
 - **Midazolam:** Se aumentará la dosis previa un 50%

En ancianos muy debilitados y sin opioides previos reducir a la mitad la dosis aquí indicada

6.-MANERA DE REALIZAR LA SEDACIÓN POR VÍA INTRAVENOSA

6.1 INDUCCIÓN SEDACIÓN:

Administrar bolo de 3 mg de midazolam IV para inducir la sedación. Si tras 2 minutos no se ha conseguido la sedación repetir la dosis.

6.2 DOSIS DE MANTENIMIENTO:

En un suero fisiológico de 250cc se pondrá:

- **Morfina:** 20 mg o la dosis total diaria que hubiera necesitado hasta entonces.
- **Midazolam:** dosis de inducción multiplicada por 6

6.3 MONITORIZACIÓN Y SEGUIMIENTO

Realizar valoración del confort del paciente en las 8 h siguientes:

- Si intranquilo, taquipnea intensa o intenso trabajo respiratorio en el suero fisiológico de 250 cc se pondrá:
 - **Morfina:** 30 mg o se aumentará la dosis previa un 1/3 de la dosis previa (ejemplo si tenía 30 se subirá a 40).
 - **Midazolam:** Se aumentará la dosis previa un 50%

En pacientes ancianos muy debilitados sin opioides previos deberá considerarse reducir a la mitad la dosis.

- Si predomina el delirium se puede sustituir el midazolam por Levomepromazina 12.5-25 mg en bolus que se puede repetir a los 60 minutos hasta alcanzar sedación. Posteriormente, se pauta cada 6h para mantener sedación.
- Si secreciones/estertores, asociar buscapina sc cada 8-12 horas.

Otros fármacos que se pueden usar son: paracetamol Iv/ketorolaco sc para controlar fiebre, primperan sc para controlar nauseas o vómitos, haloperidol sc para agitación/hipo refractario....

ANEXO 4. MEDIDAS GENERALES A TENER EN CUENTA EN TODOS LOS RESIDENTES.

- Controlar TA y valorar retirada de antihipertensivos que estén condicionando mas deterioro del estado general.
- Valorar retirar de psicótopos diurnos, que puedan igualmente estar disminuyendo más el nivel de conciencia, entorpeciendo la vía oral y facilitando el riesgo de broncoapiracion.
- Evitar las nebulizaciones ya que aumenta el riesgo de transmisión aérea. Se recomienda la administración de broncodilatadores en cartucho presurizado en cámara con mascarilla.
- Evitar la sobrecarga hídrica que pueda comprometer la oxigenación.
- El antipirético de elección es paracetamol. Evitar AINEs.
- Evitar glucocorticoides si no existe otra indicación como asma o exacerbación EPOC, se pueden valorar en broncoespasmo con sibilancias, SDRA y shock séptico.

ANEXO 5. PROPUESTA DE TRATAMIENTO DE PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS CON SOSPECHA O COVID 19 +

GENERALIDADES	Toma de constantes: TA,FC,FR y Saturación diaria y si descompensación determinación cada 8h	
GRADO DE INSUF RESPIRATORIA	SITUACION BASAL	FARMACOS
LEVE: No hipoxemia No dificultad respiratoria	Cualquier situación basal	-Paracetamol -Antibiótico si sospecha de coinfección (ajustados a función renal): Azitromicina 500mg cada 24 horas por 3-5 días o Amoxicilina (con clavulánico si ASMA o EPOC) +Azitro o Claritromicina Levo o moxifloxacino -Broncodilatadores si: *EPOC previo o leve broncoespasmo: Spiolto respimat (br tiotropio/olodaterol) 2,5/2.5 mcg, 2-0-0 *ASMA o HRB o broncoespasmo moderado: Budesonida/Formoterol 160 mcg/4.5 mcg, 2-0-2
MODERADO Hipoxemia y/o dificultad respiratoria moderada	Paciente sin deterioro cognitivo/funcional o leve-moderado, y comorbilidad que deciden tratamiento en residencia	-Oxígeno y valorar pronación en paciente colaborador - Paracetamol -Antibiótico si sospecha de coinfección (ajustados a función renal):

		<p>Vía oral Amoxicilina (con clavulánico si ASMA o EPOC)+Azitromicina o Claritromicina Levofloxacino o Moxifloxacino</p> <p>Si no tolera los anteriores, o es imposible via oral usar via iv: Ceftriaxona o Cefotaxima +Azitrotromicina o Claritromicina oral, o Ertapenem y añadir suero: 500 gucosado+500 salino/24h o 1000ml glucosalino) Paracetamol iv o supositorio</p> <p>-Broncodilatadores si:</p> <p>* EPOC previo o leve broncoespasmo: Spiolto respimat (br tiotropio/olodaterol) 2,5/2.5 mcg, 2-0-0</p> <p>*ASMA o HRB o broncoespasmo moderado: Budesonida/Formoterol 160 mcg/4.5 mcg, 2-0-2</p> <p>* Broncoespasmo severo esta pauta y en EPOC/ASMA, añadir: Salbutamol 100 mcg 2/ 8 horas con cámara + Br ipratropio 4/ cada 8 hora</p> <p>-Si sospecha de neumonía por clínica (auscultación) o infección respiratoria con comorbilidades y buena situación basal:</p>
--	--	---

		<p>Posible: Hidroxiclороquina: 400 m/12h carga; 200 mg/12 h vo 5-7 días (de momento en confirmados y con consentimiento oral, y prolongable si sospecha de neumonía grave) junto con azitromicina 500mg diarios por 5 días sino se prescribió ya antes.</p> <p>-Si distrés respiratorio y/o broncoespasmo severo valorar Metilprednisolona 40mg iv/8h o im o Hidrocortisona 100mg iv o im</p>
<p>MODERADO</p> <p>Hipoxemia y/o dificultad respiratoria moderada</p>	<p>Paciente con deterioro cognitivo/funcional severo o grave comorbilidad</p>	<p>-Si mala evolución iniciar medidas de confort: Si disnea o dolor: Morfina subcutánea: 5mg/4 h, Si mucha ansiedad asociada a la disnea: midazolam 1 mg sc Si delirium refractario pasar al punto siguiente</p>
<p>GRAVE:</p> <p>Hipoxemia severa, dificultad respiratoria grave, shock, confuso, bajo nivel de conciencia</p>	<p>Paciente con deterioro cognitivo/funcional severo o moderado que se decida limitación del esfuerzo terapéutico</p>	<p>- Oxígeno si no le provoca molestia. Si está confuso, agitado, se puede retirar.</p> <p>-Morfina vía subcutánea si disnea o dolor: 5 mg/4h</p> <p>-Midazolam para sedación paliativa si síntomas refractarios (disnea o agitación por delirium): ver manera de realizar la sedación paliativa.</p>

