



GUÍA PARA LA COORDINACIÓN Y MEJORA DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN CENTROS RESIDENCIALES DE EXTREMADURA ANTE LA SITUACIÓN DE PANDEMIA POR COVID-19

**DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
SEPAD**

Relación de autores

Manuela Bobadilla (Subdirectora de Humanización y Cuidados. DGAS)
Concepción Carmona (Subdirectora de Gestión Farmacéutica. DGAS)
Maria Ángeles Casado (Responsable en Subdirección de Atención Primaria. DGAS)
Maria Jesús López (FEA en CHUB. Técnico Superior de Salud Pública. DGSP)
Francisco Javier Félix (Responsable en la DGAS)
Manuel Garcia (Responsable de Seguridad del Paciente. DGSP)
Beatriz Martin (Subdirectora de Salud Mental. DGAS)
Fernando Muñoz (Responsable en la Subdirección de Atención Especializada. DGAS)
Patricia Hernández (Coordinadora Regional de Cuidados Paliativos)

Relación de colaboradores

Gertrudis Calero (Directora Centro Residencial El Valle. Montijo), **Manuel Cid** (Coordinador Programas Intersectoriales de Atención Sociosanitaria. SEPAD), **Pilar Gregori** (Médico Internista. Hosp. Perpetuo Socorro. Badajoz), **Ana Maria de Llanos** (Técnico Subdirección de Humanización y Cuidados), **Maria Concepción Gutiérrez** (Subdirectora de Atención Especializada. Dirección General de Asistencia Sanitaria), **Maria Ángeles Madueño** (Directora de Enfermería Atención Primaria. Área Sanitaria Badajoz), **Maria Luisa Nula** (Directora Centro Residencial San Roque. Talarrubias), **Nuria Paniagua** (Responsable de Trabajo Social. Dirección General de Asistencia Sanitaria), **Maria José Redondo** (Médico de Cuidados Paliativos. Área Sanitaria Badajoz), **Maria José Rodríguez** (Médico Geriatra. Centro Residencial El Valle. Montijo), **Jorge Romero** (Médico Internista. Hosp. Perpetuo Socorro. Badajoz), **Manuela Rubio** (Subdirectora de Atención Primaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria), **Maria Luz Rubio** (Directora de Enfermería Atención Primaria. Área Sanitaria Plasencia), **Victor Ruiz** (Jefe Unidad Control Actividad Asistencial. SEPAD), **Carmen Sanchez** (Directora de Enfermería Hosp. Don Benito).

Sociedades Científicas:

Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC). Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG). Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria-Extremadura (SemfycEx). Sociedad Española de Medicina General (SEMG-Extremadura). Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen-Extremadura). Sociedad Extremeña de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEFYCEX). Sociedad Extremeña de Geriatría y Gerontología (SOGGEX). Sociedad Extremeña de Medicina Interna (SEXMI).

JUSTIFICACIÓN

Los residentes y usuarios de las residencias de mayores y de otros centros residenciales sociosanitarios se encuentran en una situación de vulnerabilidad ante la enfermedad COVID-19 por distintos motivos, que bien facilitan su contagio y/o tienen un peor pronóstico de la enfermedad:

- Son personas de edad avanzada en la mayoría de ocasiones.
- Tienen contacto estrecho con otras personas, cuidadores y otros convivientes.
- Suelen pasar mucho tiempo en entornos cerrados y con población igualmente vulnerable.
- Pueden tener dificultades para el seguimiento de las propias recomendaciones higiénicas por dificultades cognitivas y/o de autonomía.
- Habitualmente presentan patologías de base o comorbilidades que facilitan su evolución hacia formas clínicas más graves.

La primera oleada de la pandemia de COVID-19 ha afectado de forma especialmente intensa a estas personas por lo que es obligado un refuerzo de las medidas asistenciales por parte del Sistema Sanitario Público de Extremadura, así como por el SEPAD que gestiona y regula su funcionamiento. Además del cumplimiento estricto de las normas de prevención, para disminuir el riesgo de contagios en su interior, creemos que la atención sanitaria debe ser más proactiva y disponer de protocolos claros y consensuados, con otros ámbitos de atención, para dar una respuesta más rápida y eficaz. A la vez consideramos que todos los centros deben estar preparados para un posible brote de la enfermedad y saber responder en tiempo y forma.

Consideramos que la toma de decisiones clínicas estará condicionada por al menos estos aspectos:

- La **situación epidémica** de COVID-19 de la zona geográfica en la que se encuentra el centro o dispositivo residencial.
 - Escenario 1: No existen casos en la comunidad o estos son esporádicos y probablemente importados. Todos los recursos asistenciales sanitarios están disponibles y funcionan adecuadamente.
 - Escenario 2: Hay transmisión en la comunidad y se estima un incremento exponencial de atención en urgencias y hospitalizaciones. Se necesita reforzar la atención con recursos adicionales.
 - Escenario 3: El número de casos nuevos y graves es muy numeroso. Todos los recursos sanitarios están destinados a la contención del brote epidémico, además de las patologías graves y urgentes. Se habilitan instalaciones expreso para la atención de pacientes con COVID-19.
- Los **recursos estructurales y sanitarios del centro**, con especial atención a la posibilidad de aislamientos basados en los mecanismos de transmisión del virus, así como la presencia de casos recientes confirmados en su interior. En cuanto a los tipos de centros podemos distinguir:
 - Centros residenciales de referencia de áreas sociosanitarias: Disponen de atención sanitaria 24 horas y los 365 días del año, habitaciones de aislamiento y sectorización de la zona asistencial de pacientes con COVID-19.

- Centros residenciales con atención a tiempo parcial por profesionales de la medicina y/o enfermería. Algunos pueden disponer de habitaciones de aislamiento y posibilidades de sectorización del centro.
- Centros con otros tipos de personal sanitario o sin ellos.
- Las **características individuales de los residentes**, en relación con la comorbilidad acompañante, la situación de pluripatología y/o fase avanzada de enfermedad crónica, la situación basal funcional (física/cognitiva) y la gravedad clínica de la COVID-19.

OBJETIVOS:

La finalidad de esta guía es ayudar a disminuir el riesgo de contagio en los centros residenciales y mejorar la asistencia sanitaria en caso de que se den nuevos brotes de COVID-19 en su interior. Para ello se realizan una serie de recomendaciones, respecto a la asignación de tareas y responsabilidades entre los profesionales que las asisten, y de propuestas para una coordinación estructurada con el Servicio Extremeño de Salud.

Los objetivos específicos son:

- Garantizar que todos los profesionales de los centros residenciales conocen las medidas básicas de prevención de contagios de infecciones y de protección, según el nivel de riesgo de los procedimientos y cuidados, del SARS-CoV-2.
- Facilitar que directivos y profesionales de los centros residenciales, sobre todo de aquellos que no disponen de asistencia sanitaria propia, tengan identificados a los profesionales sanitarios responsables de la atención sanitaria de los residentes y saben activar los dispositivos adecuados para su atención.
- Establecer como una prioridad asistencial para todos los profesionales sanitarios, sean internos o externos al centro, como los equipos de atención primaria (EAP), de atención continuada (PAC), de emergencias (UME) y de cuidados paliativos (ESCP), la búsqueda activa de casos sospechosos, el aislamiento y la confirmación precoz de COVID-19.
- Garantizar que todos los centros disponen de un plan de contingencias para la prevención y para el manejo de casos sospechosos y confirmados de COVID-19.
- Establecer un protocolo de actuación conjunta de asistencia sanitaria para los casos de COVID-19 entre el SES y SEPAD, así como asignar en los niveles directivos respectivos la responsabilidad de ejecución y seguimiento.

ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Dispositivos y centros de servicios sociales de carácter residencial, de titularidad pública y privada de Extremadura. La duración y actualización de las recomendaciones de esta guía vendrá determinada por la situación epidémica, el mejor conocimiento o la disponibilidad de mejores procedimientos de prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y hasta que se pongan en marcha nuevas medidas contempladas en la Estrategia de Cambio del Modelo de los Centros Residenciales de la Vicepresidencia Segunda y Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Extremadura. Todas las recomendaciones realizadas en esta guía se basan en documentos oficiales del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España y de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura que deberán estar adecuadamente referenciados con su fecha de actualización. Similarmente, otros de carácter técnico, elaborados por sociedades científicas, deberán cumplir los mismos requisitos para que todos los usuarios puedan analizar la calidad de la información y la posible caducidad de esta.

ÍNDICE

1. RECOMENDACIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS PARA LA PREVENCIÓN DE CONTAGIOS POR COVID-19 EN INSTITUCIONES. RECOMENDACIONES PARA LA PROTECCIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL ÁMBITO SOCIOSANITARIO SEGÚN EL NIVEL DE RIESGO DE LOS PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS.
2. EVALUACIÓN INTEGRAL DE LOS RESIDENTES Y PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO. SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE CLÍNICO-FUNCIONAL.
3. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALERTA DE INFECCIÓN COVID-19 PARA CUIDADORES. CIRCUITOS DE CONSULTA SOBRE SOSPECHA DE CASOS COVID-19, CON RECURSOS SANITARIOS INTERNOS O EXTERNOS.
4. PROTOCOLO DE CASO SOSPECHOSO Y CASO CONFIRMADO COVID-19.
5. MODELO DE ATENCIÓN DE LOS EAP Y PAC EN LOS CENTROS RESIDENCIALES SIN RECURSOS SANITARIOS PROPIOS.
6. RECOMENDACIONES PARA FORTALECER EL MODELO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LOS CENTROS RESIDENCIALES Y SOCIOSANITARIOS DURANTE LA PANDEMIA
7. COORDINACIÓN CON RECURSOS EXTERNOS A LOS CENTROS RESIDENCIALES: HOSPITAL DE REFERENCIA Y CENTROS ASISTENCIALES MEDICALIZADOS ESPECÍFICOS.
8. HUMANIZACIÓN EN LOS CENTROS RESIDENCIALES. PACIENTE EN FASE FINAL DE VIDA EN CENTRO RESIDENCIAL: CUIDADOS PALIATIVOS Y DUELO. SOPORTE PSICOLÓGICO DE PROFESIONALES.
9. RECOMENDACIONES PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES DE CONTINGENCIA EN CENTROS RESIDENCIALES Y SANITARIOS. COORDINACIÓN ENTRE CENTROS RESIDENCIALES Y SANITARIOS.
10. BIBLIOGRAFÍA, DOCUMENTOS DE CONSULTA Y RECURSOS.
11. ANEXOS

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA PREVENCIÓN DE CONTAGIOS DE INFECCIONES EN INSTITUCIONES. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA COVID-19

Para poder recomendar medidas efectivas para la prevención y control de las infecciones es necesario que conozcamos todos los eslabones de la cadena epidemiológica: el agente (microorganismo) que produce la infección, su reservorio/fuente de infección, el mecanismo de transmisión y el huésped susceptible. De todos ellos, el mecanismo de transmisión es el factor más sensible a medidas que eviten que el agente infeccioso llegue al huésped susceptible. Entre estos tenemos:

- **Contacto directo:** el microorganismo se transmite de una persona infectada a otra sin mediar ningún objeto u otra persona.
- **Contacto indirecto:** el microorganismo se transmite de una persona infectada a otra a través de terceras personas (por ejemplo, a través de las manos del personal sanitario) o por medio de objetos inanimados, como dispositivos de atención de los pacientes o superficies de uso común por distintas personas (timbre, barandillas, pasamanos o manillas de puertas).
- **Transmisión por gotas** de secreciones respiratorias:
 - Las mayores de 5 micras (gotitas de Pflügge) no permanecen suspendidas en el aire (se depositan en el suelo a 1-2 metros de su salida) por lo que necesitan de **contacto directo estrecho** o por contacto indirecto para contagiar.
 - Las menores de 5 micras (núcleos goticulares de Wells) o las partículas de polvo con el agente infeccioso se consideran **transmisión aérea**. Este mecanismo de contagio se basa en que el virus puede permanecer largo tiempo en el aire y aprovechar corrientes de aire como los sistemas de ventilación para su transmisión.

PRECAUCIONES ESTANDAR DE PREVENCIÓN

Las deben cumplir todas las personas de los centros, sean residentes o profesionales, independientemente de su situación de sospecha o confirmación de COVID-19:

- **Higiene de manos:** Es la medida principal para la prevención y control de la infección, porque previene el contagio indirecto. Pueden consultarse las recomendaciones de la OMS en el anexo 1 y el documento original en el apartado de bibliografía.
- **Higiene respiratoria y protocolo de la tos:** Las personas con síntomas respiratorios deben aplicar medidas de control, como cubrirse la nariz y la boca con un pañuelo desechable o con la parte interna del codo al toser o estornudar, eliminando el pañuelo en un contenedor de residuos. Deben usar mascarilla quirúrgica todas las personas que tosen, si es tolerada y es una indicación correcta. Se deben situar a las personas con síntomas respiratorios, como mínimo, a 1,5 metros de otras personas con las que convivan. Se deberá dar formación de estas medidas a todos los profesionales, pacientes, familiares y visitantes. Se debe disponer de recursos para la higiene de manos, pañuelos desechables y mascarillas junto a contenedores de residuos con pedal, a ser posible, en los sitios comunes, y además se colocarán alertas visuales que enseñen a las personas con síntomas respiratorios a practicar las medidas de higiene respiratoria.

PRECAUCIONES BASADAS EN EL MECANISMO DE TRANSMISIÓN DE COVID-19

Los mecanismos de transmisión de la infección por el coronavirus SARS-CoV-2 son a través de las gotitas de Pflügge y el contacto con superficies contaminadas.

Aislamiento de la posible fuente de contagio

- Se destinarán habitaciones para aislar a los casos sospechosos y confirmados. Es preferible el aislamiento en habitación individual con baño propio y buena ventilación natural, evitando sistemas de aire acondicionado centralizados.
- En el caso de que no se dispongan de suficientes habitaciones se podrán realizar aislamientos de cohortes (aislar pacientes con COVID-19, pero no con otros tipos de infecciones) siempre que se cumpla una separación de más 1,5 metros entre ellas.
- Cuestiones relativas a su gestión por los profesionales puede consultarse en el Anexo 1.

Medidas de limpieza y desinfección

- Los centros dispondrán de **procedimientos rutinarios** de mantenimiento, **limpieza y desinfección de espacios y superficies** (camas, barandillas de camas, equipos y dispositivos, etc.), asegurando su aplicación conforme a la política del centro. Para ello el personal de limpieza deberá estar formado respecto a la limpieza a realizar y la técnica, así como para el uso de los equipos de protección individual establecidos.
- Se emplearán los detergentes y desinfectantes autorizados para tal fin (con efecto virucida). Existe evidencia que los coronavirus se inactivan en contacto con una solución de hipoclorito sódico a una concentración al 0,1%, etanol al 62-71% o peróxido de hidrógeno al 0,5% en un minuto. Es importante que no quede humedad en las superficies, para ello se podrán utilizar toallitas con desinfectante o realizar la limpieza habitual de las mismas con material textil desechable, que una vez utilizado se eliminará en el contenedor de residuos habilitado para ello.
- No se requiere un tratamiento especial para la ropa utilizada por el paciente. **La ropa de cama y del propio** paciente se retirará de forma cuidadosa, sin ser sacudida y se embolsará en bolsas hidrosolubles, biodegradables y cerradas dentro de la propia habitación. En caso de encontrarse húmeda o claramente mojada se embolsará doblemente para que no se degrade la bolsa. Se lavarán mediante un ciclo completo a una temperatura entre 60-90 grados.
- La vajilla y cubiertos utilizados por el paciente serán introducidos tras su uso en lavavajillas. No es necesario el uso de vajilla ni cubiertos de un solo uso.

Gestión de residuos

- Los residuos del paciente, incluido el material desechable utilizado por la persona enferma (guantes, pañuelos, mascarillas), se han de eliminar en una bolsa de plástico (BOLSA 1) en un cubo de residuos dispuesto en la habitación, preferiblemente con tapa y pedal de apertura, sin realizar ninguna separación para el reciclaje.
- Esta bolsa deberá cerrarse adecuadamente e introducir en una segunda bolsa de basura (BOLSA 2) antes de la salida de la habitación donde se depositarán también los EPI de la persona que presta la atención. Esta bolsa será a su vez cerrada y depositada en una tercera bolsa (BOLSA 3) en el exterior de la habitación, para su eliminación como residuo asimilable a urbano (Retirar previamente cualquier material punzante o cortante).

RECOMENDACIONES PARA LA PROTECCION DE LOS PROFESIONALES DEL AMBITO SOCIOSANITARIO SEGÚN EL NIVEL DE RIESGO DE LOS PROCEDIMIENTOS Y LOS CUIDADOS

El SARS-CoV-2 es un virus que se transmite principalmente por vía respiratoria, por el contacto directo con las secreciones respiratorias. Algunos procedimientos que generan aerosoles pueden además incrementar el riesgo de transmisión del coronavirus. En el desempeño del trabajo sociosanitario, es inevitable que los profesionales puedan tener exposiciones de riesgo. A fin de estar protegidos en todo momento ante esta eventualidad, se realizan las siguientes recomendaciones de protección de la salud frente al COVID-19 según la última información disponible.

CONSIDERACIONES GENERALES

- Todo trabajador de centros residenciales y sociosanitarios que presente sintomatología respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad, no debe acudir a su puesto de trabajo. Permanecerá aislado en su domicilio y contactará inmediatamente con su médico de Atención Primaria. También debe consultar, por vía telefónica, a los servicios de prevención/mutuas para que se realice una valoración individualizada y se verifique la situación. Si el comienzo de los síntomas se produce durante la jornada laboral, deberá ser sustituido y dirigirse directamente a su domicilio, siguiendo las instrucciones anteriores.

TRABAJADORES VULNERABLES

- Con la evidencia científica actual, se consideran grupos vulnerables para COVID-19 las personas con enfermedad cardiovascular, incluida hipertensión, enfermedad pulmonar crónica, diabetes, insuficiencia renal crónica, inmunodepresión, cáncer en fase de tratamiento activo, enfermedad hepática crónica severa, obesidad mórbida (IMC > 40), embarazo y mayores de 60 años.

EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI)

- De acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 773/1997, el equipo deberá estar certificado en base al Reglamento (UE) 2016/425, relativo a los equipos de protección individual, lo cual queda evidenciado por el marcado CE de conformidad.
- Los equipos como, guantes o mascarillas, de uso médico, cuyo fin es el de prevenir una enfermedad en el paciente, deben así mismo estar certificados como productos sanitarios (PS), según Real Decreto 1591/2009, por el que se regulan los mismos.
- La forma óptima de prevenir la transmisión será usar la combinación de todas las medidas preventivas, según el riesgo de la exposición.

PROTECCIÓN RESPIRATORIA

- Se debe llevar mascarilla quirúrgica cuando no se pueda mantener una distancia de seguridad interpersonal de al menos 1,5 metros en espacios cerrados de uso al público, en espacios al aire libre o en la vía pública. En caso de las residencias colectivas cerradas, las personas que entren para la realización de alguna tarea o función, deberán utilizar una mascarilla quirúrgica para evitar la transmisión del coronavirus SARS-CoV-2 al interior de estos. Las mascarillas quirúrgicas deben cumplir la norma UNE-EN 14683:2019+AC:2019).
- La protección respiratoria generalmente recomendada para los profesionales de la salud que pueda estar en contacto a menos de 1,5 metros con casos posibles, probables o

confirmados es una mascarilla autofiltrante tipo FFP2 o media máscara provista con filtro contra partículas P2.

- Cuando de la evaluación de riesgos se derive que en el desarrollo de la actividad se realizan procedimientos asistenciales en los que se puedan generar bioaerosoles en concentraciones elevadas, se recomienda el uso por el personal sanitario de mascarillas autofiltrantes contra partículas FFP3 o media máscara provista con filtro contra partículas P3. Las mascarillas autofiltrantes (que deben cumplir la norma UNE-EN 149:2001 +A1:2009) o, en su caso, los filtros empleados (que deben cumplir con las normas UNE-EN 143:2001).
- En caso de escasez de equipos de protección el personal sanitario también podrá usar mascarillas quirúrgicas en combinación con otras medidas preventivas.

GUANTES DE PROTECCIÓN

- Se deben usar guantes siempre para asistir y tratar a pacientes probables o confirmados de COVID-19 así como cuando exista riesgo de entrar en contacto con fómites y secreciones de estos pacientes. Los guantes de protección deben cumplir con la norma UNE-EN ISO 374.5:2016.
- Se debe realizar lavado de manos antes y después de utilizar los guantes, así como cambiar estos cada vez que atiende a un nuevo residente/paciente.

ROPA DE PROTECCIÓN

- Es necesaria la protección del uniforme del personal de la posible salpicadura de fluidos biológicos o secreciones procedentes de los casos probables o confirmados de COVID-19 a los que presta asistencia o cuidados.
- Para ello se deben usar batas resistentes al agua de manga larga. Esta no necesita ser estéril, a menos que se use para un entorno estéril y deberá cumplir con la norma UNE-EN 14126:2004, que contempla ensayos específicos de resistencia a la penetración de microorganismos.
- En caso de que sea necesario protección adicional en alguna zona, como cierta impermeabilidad, también puede recurrirse a delantales de protección química que cumplen con la norma UNE-EN 14605 :2009 que, aunque no sean específicamente de protección biológica, pueden ser adecuados para el uso de protección contra salpicaduras mencionado o para complementar una bata que no sea de las características mencionadas anteriormente.

PROTECCIÓN OCULAR

- Se debe usar protección ocular cuando haya riesgo de contaminación de los ojos a partir de salpicaduras o gotas (por ejemplo: sangre, fluidos del cuerpo, secreciones y excreciones). También está recomendado utilizar siempre protección ocular durante los procedimientos de generación de aerosoles.
- Los protectores oculares certificados en base a la norma UNE-EN 166:2002 para la protección frente a líquidos pueden ser gafas integrales frente a gotas o pantallas faciales frente a salpicaduras. La indicación de uno u otro se establecerá en función del riesgo de exposición y el procedimiento a realizar donde lo que se evalúa es la hermeticidad del protector en el caso de la gafa integral o la zona de cobertura de este en el caso de la pantalla facial.
- Cuando sea necesario el uso conjunto de más de un equipo de protección individual, debe asegurarse la compatibilidad entre ellos.

EVALUACIÓN INTEGRAL DE LOS RESIDENTES Y PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO. SISTEMA DE CLASIFICACIÓN CLÍNICO-FUNCIONAL

Las personas mayores que viven en residencias y centros sociosanitarios son muy vulnerables por su edad y por el acúmulo de enfermedades crónicas que padecen. Ante un cuadro de patología respiratoria grave, deberá personalizarse la decisión del ámbito asistencial y la intensidad terapéutica más apropiada, en razón de la patología de base, la situación funcional, física y cognitiva, y lo avanzado de dichas comorbilidades.

Todos los pacientes institucionalizados deberán disponer de su historia clínica en el centro, o al menos un resumen, con una *información básica* en relación con antecedentes de enfermedades que condicionen su situación funcional actual, el grado de dependencia para las actividades de la vida diaria y una valoración clínica sobre si se encuentra en fase avanzada de enfermedad crónica y/o con necesidades de cuidados paliativos, que puedan condicionar el enfoque terapéutico y de cuidados más adecuado.

En la historia clínica digital (HCD) del SES (JARA asistencial) se dispone de una herramienta (Proceso Asistencial del Paciente Crónico Complejo-PAI del PCC) que permite el registro de toda esta información de forma conjunta y codificada. Incluyen distintos cuestionarios para su valoración integral entre los que se encuentran la situación de pluripatología, el grado de complejidad de las enfermedades crónicas que padece, el índice de Barthel y la herramienta NECPAL, entre otras.

La inclusión de estos pacientes en dicho PAI, les permitirá beneficiarse del acceso a un documento clínico de seguimiento específico, denominado *plan de acción personalizado (PAP)*, que incluye el registro de los objetivos asistenciales, priorizados por el propio paciente o sus familiares, un plan anticipado de decisiones, el plan terapéutico y el plan de cuidados. Este documento es visible para todos los sanitarios en cualquier ámbito asistencial, a través de JARA y es imprimible para que todos los residentes y profesionales puedan disponer de él en aquellos centros sin acceso aún a la HCD.

Como ayuda para la toma de decisiones, y basado en esta información, proponemos clasificar a los residentes dentro de una gama de situaciones clínico-funcionales basales, que, sin ser determinantes ninguna de ellas, pueda facilitar la definición de objetivos a conseguir con el paciente y el posible beneficio o no de procedimientos cruentos o invasivos (Anexo 2) según la gravedad del cuadro clínico COVID-19. Los extremos de esta gama sindrómica serían:

- **Tipología I:** No cumple criterio de paciente pluripatológico o el grado de complejidad no es alto, índice de Barthel > 40, NECPAL -.
- **Tipología II:** Paciente pluripatológico, grado de complejidad de las patologías crónicas alta, índice de Barthel < 40, NECPAL + 1 ó más.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALERTA DE INFECCIÓN COVID-19 PARA CUIDADORES. CIRCUITOS DE CONSULTA SOBRE SOSPECHA DE CASOS COVID-19, CON RECURSOS SANITARIOS INTERNOS O EXTERNOS

La COVID-19 es una infección respiratoria que se caracteriza clínicamente por fiebre, tos seca, astenia, expectoración y disnea. Otros síntomas menos frecuentes son dolor de garganta, cefalea, mialgias y artralgias, escalofríos, etc. Los casos asintomáticos pueden llegar a un tercio de las infecciones según datos nacionales de la encuesta ENE-19.

Los pacientes mayores, sin embargo, pueden no expresar la sintomatología típica de una infección respiratoria durante la COVID-19 y/o hacerlo con síntomas más inespecíficos. Los cuidadores de pacientes de residencias de mayores y centros residenciales deben conocer esta eventualidad y estar alerta, además de por la aparición de síntomas respiratorios, por la aparición de los considerados atípicos. En el anexo 3 se presenta una infografía orientativa para cuidadores sobre estos signos y síntomas y una ayuda para la toma de decisiones de estos profesionales.

Ante la aparición de dichos síntomas, todo el personal asistencial de los centros deberá conocer a quien debe transmitir su existencia, mediante un protocolo de actuación establecido en su centro y que deberá constar en el *plan de contingencia*. Dependiendo de la tipología del centro y según sus recursos sanitarios, se deberá reclamar la atención sanitaria del equipo correspondiente. En general se preferirá siempre que la valoración clínica de un caso sospechoso de COVID-19 la realicen los sanitarios que forman parte de su equipo asistencial de referencia, salvo que el retraso pueda poner en riesgo la salud del paciente o la posible transmisibilidad del virus en el centro. En los casos de tener que activar equipos externos, como los Equipos de Atención Primaria (EAP) o de Atención Continuada, se les advertirá de la sospecha de enfermedad COVID-19, para que tomen todas las medidas de protección apropiadas.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE CASO SOSPECHOSO Y CASO CONFIRMADO COVID-19

En la actual situación epidémica, la vigilancia epidemiológica de los centros residenciales se convierte en una actuación prioritaria, dado que la detección precoz y el aislamiento de cualquier persona con una infección activa evita que se pueda transmitir la enfermedad.

Gestión de casos:

Con carácter general y tan pronto como sea posible, a todo paciente que comience con síntomas respiratorios que hagan sospechar de COVID-19 se le pondrá en aislamiento y se le realizará una prueba diagnóstica por PCR u otra técnica de diagnóstico molecular en las primeras 24 horas (Anexo 4). Otros tipos de síntomas pueden ser también manifestación de la enfermedad en pacientes mayores, pluripatológicos y/o con deterioro cognitivo, por lo que deberán ser tenidas igualmente en cuenta (Anexo 3) por sus cuidadores. Sean unos u otros los síntomas que presente el paciente, se pondrán inmediatamente en conocimiento de los profesionales sanitarios de referencia del paciente, sea el médico de la residencia o del EAP asignado, que actuarán a partir de ese momento de forma coordinada con el equipo asistencial del centro.

Hasta conocer el resultado de la prueba, además de permanecer el paciente en aislamiento, se le realizará seguimiento clínico por si aparecieran criterios clínicos de gravedad (frecuencia respiratoria > 20 resp/min, frecuencia cardiaca > 120 l/min ó < 50 l/min, Sat. O₂ < 92%, presión arterial > 190/110 ó < 90/60 mm Hg o descenso del nivel de conciencia), en cuyo caso se valorará la derivación al hospital de referencia mediante el procedimiento establecido (Anexo 2).

Estas actuaciones están definidas según la situación epidemiológica y clínica por la orden SND/265/2020 de 19 de marzo:

a) Residentes asintomáticos y sin contacto estrecho con caso sospechoso, probable o confirmado de COVID-19:

- Actividad normal cumpliendo con las medidas de higiene y distanciamiento social.
- Control estrecho por parte del personal del centro de la aparición de síntomas al menos 2 veces al día (fiebre, dificultad para respirar o tos; no explicables por otras causas).
- Ante el inicio de síntomas seguir las recomendaciones de manejo de residentes sintomáticos.

b) Residentes asintomáticos, en aislamiento preventivo por contacto estrecho con caso sospechoso, probable o confirmado de COVID-19:

- Aislamiento durante el periodo de vigilancia establecido (**14 días desde el último contacto**) o hasta que se confirme la negatividad del caso fuente.
- Deberá restringir sus movimientos y salidas a zonas comunes y si estas fueran imprescindibles, deberá llevar una mascarilla quirúrgica.
- Control estrecho por parte del personal del centro de la aparición de síntomas al menos 2 veces al día (fiebre, dificultad para respirar o tos; no explicables por otras causas).
- Ante inicio de síntomas seguir las recomendaciones de manejo de residentes sintomáticos.

c) Residentes con síntomas compatibles con COVID-19:

- **VALORACIÓN CLÍNICA** (Equipo asistencial CR/AP). Tras la realización de una **valoración integral** por parte del equipo sanitario, se planteará el ámbito asistencial más adecuado en función de tres variables: **escenario epidemiológico, valoración clínico-funcional y tipo de residencia** (Anexo 4).

- Casos sospechosos **QUE PUEDAN PERMANECER** en la residencia:
 - El objetivo será mantener al paciente en **AISLAMIENTO** hasta conocer el resultado de la PCR. Todos los centros deberán disponer de una habitación reservada a tal fin, donde esté restringida la salida del residente y el personal asistencial deba entrar con la protección necesaria (Anexo 1)
 - Se realizará una recogida de muestra de PCR lo antes posible, por el personal sanitario del Equipo de Atención Primaria, de forma que su resultado pueda ser conocido en las **primeras 24 horas desde el inicio de los síntomas**.
 - Registro en la HCD (JARA asistencial) y notificación a la Dirección de Salud de Área el mismo día como **CASO SOSPECHOSO**.
 - Los responsables del Centro enviarán diariamente a la Dirección General de Salud Pública una relación nominal de los internos afectados por COVID-19 del día anterior, indicado fecha, centro y si el caso es sospechoso o confirmado.
 - Realizar un listado de los contactos estrechos del caso, si es autónomo, o el personal encargado de su asistencia, si es dependiente.
 - Si la PCR resulta negativa y hay alta sospecha clínica de COVID-19, el paciente permanecerá en aislamiento y se repetirá la PCR con una nueva muestra del tracto respiratorio a las 48h (**CASO PROBABLE**). Si la PCR continúa siendo negativa y han transcurrido varios días desde el inicio de los síntomas, se podría plantear la detección de IgM mediante una prueba serológica tipo ELISA u otras técnicas de inmunoensayo de alto rendimiento a la que se tenga acceso.

- Casos confirmados de COVID-19 **QUE PUEDAN PERMANECER** en la residencia:
 - Ante cualquier caso confirmado en el interior de un CR, se considerará que existe un **brote en la Institución**. Se indicará la realización de cuarentena y el seguimiento de los contactos estrechos. Se realizará PCR a todos los contactos, residentes y trabajadores del CR para la búsqueda del caso fuente.
 - En caso de ser positiva la prueba diagnóstica para COVID-19, deberá registrarse por parte del facultativo responsable de su atención en la HCD (JARA Asistencial) y realizar la notificación a la Dirección de Salud de Área el mismo día (**CASO CONFIRMADO**).
 - Los responsables del Centro enviarán diariamente a la Dirección General de Salud Pública una relación nominal de los internos afectados por COVID-19 del día anterior, indicando fecha, centro y si el caso es sospechoso o confirmado.
 - **El paciente con diagnóstico confirmado de COVID-19 podrá permanecer en CR en caso de cumplir éste con las condiciones establecidas para el centro: asistencia sanitaria 24 h, como mínimo con enfermera, habitaciones y zonas de aislamiento que permita la sectorización del centro.**
 - Se realizará control estrecho de la aparición de nuevos síntomas o empeoramiento de los preexistentes al menos 2 veces al día (incluyendo temperatura, presión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, saturación de O₂ y nivel de conciencia).
 - Seguimiento clínico y evaluación diaria por parte del equipo sanitario de referencia (ECR/EAP) hasta el alta epidemiológica y supervisado por la Dirección de Salud de Área.
 - La duración del aislamiento transcurrirá hasta tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de 10 días desde el inicio de los síntomas. En los casos asintomáticos el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 10 días desde la fecha del diagnóstico.

- Se recomienda que se dedique personal exclusivo para los residentes con infección, sintomática o no, por SARS-CoV-2 con el fin de evitar la transmisión de la infección al resto de residentes.

- **Casos confirmados COVID-19 que NO PUEDAN PERMANECER en la residencia**
 - Los casos que no puedan permanecer en la residencia se tratarán según el algoritmo de ayuda a la toma de decisiones (Anexo 2) trasladando al paciente según las normas establecidas de transporte de pacientes con COVID-19 a un Centro Residencial u Hospital de referencia, según su situación clínica. En aquellos casos que por la situación epidémica se hayan habilitado Centros de Asistencia Medicalizados específicos, se utilizarán estos cuando se ordene.

- **Continuidad asistencial tras el alta hospitalaria o desde Centros de Asistencia Medicalizados**, realizado por el personal sanitario del CR o EAP en su defecto:
 - En el informe de alta hospitalario deberá constar: un resumen de la evolución de la clínica durante el ingreso, la situación analítica al alta (iónica, función renal y hepática, etc), la medicación añadida (indicar duración y posología), y los cambios en su tratamiento crónico. Se deberá indicar también si se ha realizado PCR al alta y su resultado, para valorar el nivel de contagiosidad, necesidad de aislamiento y días de este. En general el aislamiento deberá ser de al menos 14 días desde el alta si no se ha realizado PCR o si esta fue positiva. En caso de ser negativa finalizará el aislamiento.
 - El informe de continuidad de cuidados hospitalario deberá recoger información resumida y estructurada acerca de las circunstancias en las que se ha desarrollado el cuidado, los diagnósticos de enfermería no resueltos al alta y los cuidados que necesitan seguimiento, así como las reacciones adversas relacionadas. Deberá incluir también las recomendaciones para el/la paciente al alta.
 - Valoración clínica por el equipo sanitario de referencia en las primeras 24-48 horas tras alta. Actualización y conciliación del plan terapéutico.
 - Seguimiento durante 15 días del caso, puede ser telefónico en caso de CR sin asistencia sanitaria propia, debiendo ser realizada por el médico del EAP si los casos fueron graves o moderados, y por la enfermera en los casos más leves.

MODELO DE ATENCIÓN DE LOS EAP Y PAC EN CENTROS RESIDENCIALES SIN RECURSOS SANITARIOS PROPIOS

Los centros residenciales (CR) que no disponen de médicos ni enfermeras en su plantilla tienen como profesionales de referencia, para el cuidado de la salud y la atención sanitaria de sus residentes, a los EAP de su demarcación territorial. Ello afecta tanto en los relativo a la atención ordinaria, a través de las unidades básicas de atención (UBA), como de la atención urgente a través de sus equipos de atención continuada (PAC), en los horarios no laborables de los anteriores.

En los centros donde dispongan de profesionales sanitarios de la medicina y la enfermería a tiempo parcial, por ejemplo, en horario de mañana, se deberán establecer acuerdos sobre las funciones correspondientes a estos y a los equipos externos. El reparto de tareas se consensuará entre el director del centro y la dirección del EAP, de forma que se cumplan los criterios considerados esenciales en este documento para la protección de la salud de los residentes.

Asignación de responsables:

Centro de Salud (EAP)

Todos los residentes de un centro residencial (CR) deberán ser adscritos progresivamente a la misma UBA, para garantizar la atención longitudinal a los mismos, su abordaje grupal y facilitar la coordinación con el responsable del CR. Si existen varios centros residenciales se repartirán entre las UBAs existentes de forma proporcional, considerando tanto el número de residentes como su complejidad. En caso de centros residenciales grandes y UBAs suficientes, se podrán adscribir los residentes a 2 ó más UBAs distintas, que trabajarán de forma coordinada y se suplirán en caso de ausencia de una de ellas. En general no deberá superarse los 50 residentes por UBAs y si se decide por el EAP asignaciones mayores se reducirá, de forma proporcional al número y complejidad de los residentes, el cupo comunitario y las tareas en el centro de salud. Los responsables de Enfermería serán los encargados de la coordinación y supervisión de la atención sanitaria en los CR cuando esta tarea esté repartida entre varias UBAs.

Centro Residencial:

Cada centro tendrá asignado un profesional de referencia, a ser posible sanitario, que será el interlocutor con los equipos asistenciales sanitarios externos facilitando el seguimiento y la continuidad de cuidados. Este será el responsable de organizar y/o garantizar que se llevan a cabo las tareas sanitarias asignadas al equipo asistencial del centro, así como las recomendaciones sanitarias de la autoridad en Salud Pública de su Área de Salud y de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Recursos

Historia clínica

Será primordial disponer de la historia clínica de los residentes físicamente en el centro o bien tener acceso a la HCD, como se ha descrito anteriormente, para poder dar una atención sanitaria de calidad y personalizada, donde se conozcan y se tengan en cuenta las necesidades de los pacientes. En tanto se consigue este acceso a la HCD (JARA asistencial) para todos los centros se habilitará, al menos, una carpeta con copia impresa de la información clínica necesaria para la toma de decisiones y/o con al menos el plan de acción personalizado del PAI del paciente crónico complejo.

Botiquín

Deberá disponer de medicación básica y previsiblemente necesaria según las patologías de los residentes. Responsables: médico (prescripción), enfermero (organización y supervisión), responsable del centro (manejo diario, limpieza y reposición). El modelo de suministro de la medicación dependerá del número de plazas del centro siendo **en aquellos con más de 100 camas los Servicios de Farmacia del hospital de referencia y si es menor las oficinas de farmacia, mediante prescripción por receta electrónica.**

Material de exploración:

La equipación básica que todo centro residencial debe disponer, para una valoración clínica *in situ*, será de termómetros, báscula, tensiómetro, pulsioxímetro y glucómetro. Dependiendo de la categorización sanitaria del centro deberá disponer además de otros medios diagnósticos como electrocardiograma y para la atención de emergencias con oxigenoterapia, sistemas de medicación intravenosa, monitor desfibrilador y carro de parada equipado. Si el centro va a atender pacientes con COVID-19, deberá disponer de dispositivos específicos para estos enfermos.

Intervenciones

Preventivas

1. Revisión conjunta y periódica entre UBA y responsable sanitario del CR del plan de medidas preventivas para minimizar el posible contagio, que incluya:
 - Organización de espacios comunes con establecimiento de barreras físicas si procede, y establecimiento de canales de circulación de personas.
 - Previsión de habitación/es o zona de aislamiento para casos sospechosos de COVID-19.
 - Organización de las actividades de residentes en tramos horarios y espacios diferentes para números reducidos de residentes.
 - Rutina de higiene de residentes y trabajadores.
 - Plan de necesidades de material de protección para trabajadores y residentes.
2. **Formación de los trabajadores del CR en materia de prevención de contagio por SARS-CoV-2 por parte de la UBA, en los casos de no disponer de profesionales sanitarios en el propio centro o apreciar una insuficiente formación por el servicio de Prevención de Riesgos Laborales correspondiente.**
3. **Formación de los trabajadores del CR sobre síntomas sospechosos de infección por SARS-CoV-2 por parte de la UBA.**
4. Revisión y actualización del calendario vacunal de residentes y trabajadores, con especial atención a la vacuna de la gripe y antineumocócica.

Asistenciales programadas

1. Visita programada conjunta del UBA junto a la responsable sanitaria del CR, de cada residente que incluya:
 - Evaluación clínica-funcional, según modelo de la valoración geriátrica integral.
 - Inclusión en el PAI de PCC y establecimiento del plan de acción personalizado (PAP). La actualización del PAP será individualizada recomendándose al menos realizarlo semestralmente.

- Plan anticipado de decisiones, en aquellos casos que sea posible, tal como figura en su apartado correspondiente del PAP. Ofrecer la posibilidad de elaborar además el Documento de Voluntades Anticipadas.
 - Impresión en papel del PAP para que esté físicamente en el CR y accesible para consulta en cualquier momento, hasta disponer de acceso a la HCD (JARA asistencial).
2. Visitas periódicas programadas de la enfermera de la UBA a cada residente en función de sus necesidades de salud, junto al responsable sanitario del CR, con el fin de elaborar, revisar y actualizar el plan de cuidados individualizado.

Asistenciales en relación con la COVID-19

1. Síntomas de sospecha: Ante la aparición de síntomas de sospecha de COVID-19 (Anexo 3) en cualquier residente los trabajadores/responsable del CR se pondrán en contacto inmediatamente con la enfermera de la UBA, o del PAC en su ausencia, quien dará las recomendaciones iniciales de cuidados y aislamiento, y acordará con el médico la actuación a seguir.
2. Manejo de caso sospechoso: Tras la valoración del caso y la confirmación de *caso sospechoso*, se aislará al paciente en su habitación, se registrará con dicho diagnóstico en JARA, se indicará la toma de muestra para diagnóstico por PCR y la pauta de tratamiento. Cada área sanitaria tendrá habilitado un circuito específico de envío de muestras al laboratorio, para que su resultado se conozca lo más rápido posible y siempre antes de las 24 de su solicitud. También se darán instrucciones, al personal del centro, en relación con la aparición de síntomas de alarma o signos clínicos de empeoramiento, para que se avise a la UBA o el PAC correspondiente (Anexo 3).
3. Manejo de caso confirmado:
 - a. Si el centro no reúne condiciones para el aislamiento se procederá al traslado del paciente a un CR de referencia del área sociosanitaria, o al hospital si la situación clínica y la tipología del paciente lo requiere (Anexo 4).
 - b. Si el centro dispone de recursos apropiados, como asistencia sanitaria con enfermera 24 h, habitaciones de aislamiento y sectorización del centro, se procederá a su aislamiento y se le pautará seguimiento clínico diario y tratamiento, actuando de forma coordinada con el personal sanitario del centro si no dispone de médico propio.
4. Seguimiento tras alta hospitalaria. La UBA, en coordinación con el personal sanitario del CR, realizará el seguimiento del paciente tras el ingreso hospitalario, siguiendo las recomendaciones del informe de alta (ver apartado anterior) y planificando las actividades para la recuperación funcional del paciente.
5. Registro en HCD: todas las actuaciones realizadas por el EAP a pacientes con sospecha o COVID-19 confirmada serán registradas en Jara Asistencial, en el **“Documento de seguimiento COVID-19”** (creado al efecto para facilitar el registro y acceso a la información).

RECOMENDACIONES PARA FORTALECER EL MODELO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LOS CENTROS RESIDENCIALES Y SOCIOSANITARIOS DURANTE LA PANDEMIA

La pandemia por COVID-19 ha puesto de manifiesto la necesidad urgente de un abordaje integral para mejorar la eficiencia, la seguridad y los resultados en salud del proceso de utilización de medicamentos, de nutrición y de productos sanitarios en los CR. La complejidad clínica de las personas que residen en los centros, así como el propio modelo institucional justifica más, si cabe, la intervención **multidisciplinar** de, al menos, médicos de familia, geriatras, enfermeras, farmacéuticos y trabajadores sociales que puedan proveer de un modelo de cuidados avanzado a estas personas.

A nivel normativo, el RDL 16/2012 en su artículo 6, marca el modelo a seguir de atención farmacéutica en centros sociosanitarios. A nivel autonómico se mantiene en vigor el Protocolo de Coordinación entre el Servicio Extremeño de Salud y los colegios de farmacéuticos de Cáceres y Badajoz sobre la prestación y atención farmacéutica en centros sociosanitarios, de manera que el suministro de medicamentos y la atención farmacéutica se realizará a través de los Servicios de Farmacia del SES en los centros de más de 100 camas y el suministro y la dispensación de medicamentos se realizará por las oficinas de farmacia en los de menos de 100 camas. No obstante, este modelo no se ha implementado de manera homogénea en todas las Áreas Sanitarias, por lo que precisamos de un esfuerzo institucional para su desarrollo completo.

Objetivos de la Atención Farmacéutica en CR

- Realizar la revisión y conciliación de la medicación de los residentes, en especial los que sufran o hayan podido sufrir de COVID-19 así como los polimedicados. Se prestará especial atención a la detección de reacciones adversas e interacción y a la deprescripción de medicamentos innecesarios para su situación clínica. Para el cumplimiento de esta función es imprescindible que exista un plan terapéutico redactado en el Plan de Acción Personalizado.
- Gestión de adquisiciones, suministro y puesta en marcha de los protocolos de utilización de los fármacos, del depósito de medicamentos de la residencia, sobre todo de aquellos considerados esenciales (Anexo 5) para el tratamiento del COVID-19, según las recomendaciones en vigor. La aparición de casos deberá dimensionar los stocks de estos medicamentos, así como de la fluidoterapia, para evitar desabastecimientos.
- Promover e implementar la dispensación a través de unidosis o en sistemas personalizados de dispensación (SPD) adecuados a cada paciente.
- Organizar la prestación farmacéutica en los centros asistenciales medicalizados que se habiliten.
- Interlocución entre el CR y el resto del Servicio Extremeño de Salud, en lo relativo a la logística de suministro de medicamentos.
- Aportar información actualizada y formación sobre adecuación de indicaciones referente al tratamiento específico COVID-19.

Recursos estructurales

- Los centros residenciales deberán disponer de un depósito de medicamentos dimensionado y suficientemente dotado en función del tipo de centro. En cuanto sea posible se organizará un sistema de dispensación individualizado en dosis unitarias. Se recomienda que en el plan de contingencia de los CR de referencia que van a albergar casos COVID-19, se incluya el depósito diferenciado de medicamentos para estos pacientes.

Recursos Técnicos/Informáticos

- En los centros donde el suministro de medicamentos proceda de los Servicios de Farmacia del SES, es recomendable que la prescripción se realice a través del módulo de prescripción de farmacia hospitalaria (Presalud). Este módulo permite vincular la prescripción al sistema logístico de gestión de medicamentos del hospital de referencia, preparar la medicación en unidosis y dotar de seguridad al acto de prescribir al tener incorporados herramientas asistidas para la validación de la prescripción.
- En los centros donde el suministro y la dispensación se realice a través de oficina de farmacia, es muy recomendable que la prescripción se realice en receta electrónica a través de JARA, lo que permitirá tener actualizados los tratamientos de los pacientes, tener acceso a las herramientas de ayuda a la prescripción y, si es posible, a los SPD para cada paciente.

Recursos Humanos

- Todos los CR y sociosanitarios deberían contar con la vinculación de un farmacéutico responsable de la atención farmacéutica de los residentes. Hasta que se dispongan de los recursos suficientes para llevarlo a cabo, deberían estar cubiertos, al menos, los centros residenciales de referencia del área sociosanitaria. Estos farmacéuticos podrán proceder de los Servicios de Farmacia de los Hospitales de referencia y/o de los EAP. Si el centro dispone de profesionales sanitarios, se deberán coordinar con el farmacéutico responsable para la organización y el óptimo funcionamiento del depósito de medicamentos.

COORDINACIÓN CON RECURSOS EXTERNOS A LOS CENTROS RESIDENCIALES: HOSPITAL DE REFERENCIA Y CENTROS ASISTENCIALES MEDICALIZADOS HABILITADOS

La pandemia de COVID-19 en nuestro país ha mostrado la necesidad de una adecuada coordinación con los recursos asistenciales sanitarios externos a los centros residenciales. Esto ha incluido tanto a los hospitales de referencia, como a centros o dispositivos específicamente habilitados para asistir a los pacientes que no podían atenderse en el CR o en el propio hospital.

Esta coordinación debería ir dirigida a optimizar la atención sanitaria de la persona mayor institucionalizada, de forma que siempre se encuentre en el ámbito asistencial más adecuado a sus necesidades y reciba atención de la mejor calidad, adecuación científico-técnica y seguridad.

Se consideran factores fundamentales para esa coordinación:

- Disponer de una vía de comunicación estable y fluida entre los CR que presenten casos de COVID-19, a través del responsable sanitario del centro, sea trabajador de este o del EAP y el servicio asistencial de referencia del hospital o el director del centro asistencial medicalizado, en los casos que hubiere.
- Adecuar las derivaciones según las recomendaciones de los anexos 2 y 4, conociendo las posibilidades diagnósticas y terapéuticas de los centros receptores.
- Evitar en lo posible, por ambas partes, los ingresos en el servicio de urgencias hospitalario del paciente COVID-19 confirmado, salvo que su situación clínica precise de estabilización previa al ingreso en planta de hospitalización.
- Los servicios hospitalarios de referencia (Medicina Interna/Geriatría) ofrecerán soporte a la toma de decisiones diagnóstico-terapéuticas de los sanitarios que desempeñen su labor en el CR, a través del medio de comunicación que se haya establecido como más apropiado.
- Evitar las derivaciones y consultas a otras especialidades, siendo los gestores asistenciales de estos pacientes a nivel hospitalario los servicios de Medicina Interna y Geriatría, tal como recomienda el proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo.
- Provisionar toda la medicación considerada esencial para la continuación de cuidados y tratamientos intravenosos en aquellos centros con asistencia sanitaria.
- Facilitación de las tareas burocráticas para la realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas hospitalarias sin ingresos, a través de los servicios hospitalarios de referencia (Medicina Interna / Geriatría).
- Adecuar, ante la previsión de alta hospitalaria, el destino del paciente al recurso sociosanitario o CR más adecuado en función de su situación clínico-epidemiológica tras previa valoración por la unidad de trabajo social hospitalaria.

La población diana de estas medidas serán todas aquellas personas institucionalizadas en centros residenciales sociosanitarias y residencias de mayores incluidas en el proceso asistencial del paciente crónico complejo, sean casos COVID-19 o no. En especial todo paciente de manejo complejo o inestable clínicamente, con altas hospitalarias recientes, usuarios de servicios de urgencias, con reingresos hospitalarios frecuentes, con deterioro funcional/cognitivo importante y/o susceptible de tratamiento paliativo con mal control sintomático.

Recursos:

- **Teleconsulta (telefónica, e-consulta, e-dialogo, telemedicina, chat/videoconsulta en Team®)**

- Dudas diagnóstico-terapéuticas y sobre el ámbito asistencial apropiado. Preparación de ingreso en planta sin paso por urgencias.
- Realización y gestión de resultados de pruebas hospitalarias (urocultivos, analíticas, pruebas de imagen).
- Apoyo en la adecuación y conciliación de la medicación.
- Informes para material ortoprotésico, informes nutricionales y visados de fármacos.
- Valoración de la evolución de las úlceras por presión.
- **Consulta programada preferente**
 - Para pacientes que una vez estudiado el caso por teleconsulta se considere necesaria la atención presencial por parte de los servicios de Medicina Interna / Geriatría u otra especialidad.
- **Servicio de urgencias**
 - En lo posible deben ir con indicaciones concretas y tras una valoración integral que incluya la consulta del plan de acción personalizado.
 - La indicación principal en los casos de COVID-19 sería la situación de inestabilidad clínica considerada reversible definida de forma general con los siguientes síntomas de gravedad: Taquipnea mayor de 20 resp/min, frecuencia cardiaca > 120 o > de 50 l/min, presión arterial > 190/110 o < 90/60 mm de Hg, descenso significativo del nivel de conciencia.
- **Unidades de hospitalización**
 - Pacientes ingresados desde urgencias una vez estabilizados clínicamente.
 - Ingresos directos desde el CR una vez valorada su indicación por los servicios de referencia (Medicina Interna / Geriatría) mediante teleconsulta.
 - Continuidad de cuidados de pacientes ya seguidos por el servicio.
- **Centros Asistenciales Medicalizados**
 - Su funcionamiento y características dependerá de las necesidades de la zona. Podrá ir desde el aislamiento de casos confirmados COVID-19, asintomáticos o con sintomatología leve, que no puede ser realizado en su CR, ni en el de referencia del área sociosanitaria, hasta una atención hospitalaria con toda la dotación técnica y profesional necesaria.
 - Las derivaciones a estos centros cumplirán las mismas recomendaciones que las realizadas para el hospital de referencia, comunicándose el traslado previamente al director del centro o persona a cargo, que deberá estar adecuadamente identificado.

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LOS CENTROS RESIDENCIALES

La pandemia de COVID-19 ha planteado un escenario de situaciones excepcionales, con toma de decisiones difíciles y gran carga emocional por parte de todos los actores. Son en estas situaciones cuando es más probable no poder dar una asistencia centrada en las necesidades de la persona y en la familia, que por otra parte no ha estado presente por las medidas de confinamiento de los residentes.

Con el compromiso de que tanto profesionales como gestores sigan realizando todo el esfuerzo por proporcionar la mejor asistencia junto a un trato digno y humano a las personas residentes en estos centros se incluyen esta serie de recomendaciones:

- La humanización debe partir de la misma gestión, de cuidar, pero también de cuidarnos. Debe ser una prioridad el buen trato a los profesionales que desempeñan su labor en los centros residenciales, para que estos a su vez puedan proporcionar la mejor atención a los residentes.
- Facilitar la comunicación audiovisual entre los residentes en aislamiento y sus familiares.
- Conseguir una comunicación continua con los familiares de residentes en aislamiento para hacerles llegar cualquier novedad clínica y su situación general periódicamente.
- Aplicar el protocolo de acompañamiento familiar al final de la vida, incorporando aspectos espirituales y religiosos, con las medidas de seguridad necesarias.
- Seguir los documentos de asesoramiento realizados por comités de ética.
- Ofrecer acompañamiento y espacios amables y seguros a los familiares en situación de duelo.

PACIENTE EN FASE FINAL DE VIDA EN CENTRO RESIDENCIAL: CUIDADOS PALIATIVOS Y DUELO.

Los cuidados paliativos son un derecho de las personas, también en épocas de pandemia como la actual y en cualquier ámbito asistencial. No debemos permitir que ninguna persona pueda fallecer con un mal control sintomático físico, psicológico, emocional o espiritual, ni tampoco que lo hagan solas, ni privadas de su consciencia sin motivo.

Para ello es fundamental que los profesionales de los EAP y/o los profesionales de centros sociosanitarios (PCSS), que atienden en primera línea a estas personas, realicen una valoración de sus necesidades paliativas, utilizando herramientas como NECPAL, para así poder establecer un enfoque terapéutico y de cuidados proporcional a su situación pronóstica y funcional, que aseguren un adecuado control sintomático y de alivio del sufrimiento durante todo el proceso de enfermedad. Es también recomendable que esta valoración sea multidisciplinar y se facilite la comunicación con el paciente, siempre que su situación cognitiva lo permite, y/o con la familia, para conocer sus valores, preocupaciones, prioridades y preferencias, a fin de facilitar la planificación de cuidados anticipada (PCA).

Una vez identificadas las necesidades paliativas y/o la situación de final de vida, los profesionales de AP y/o CSS podrán contactar telefónicamente o por otros medios que pone a nuestra disposición JARA asistencial (e-consulta, e-dialogo, chat y videoconferencia), con los profesionales del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) de su área de salud para solicitar asesoramiento sobre el control sintomático del paciente o una valoración directa del mismo, si la complejidad del caso lo requiere.

A partir de la valoración del ESCP, se deberá establecer un plan conjunto y coordinado de actuación, cuya finalidad siempre será asegurar el máximo confort y el alivio del sufrimiento multidimensional del paciente y de su familia, así como el apoyo y soporte emocional al equipo

sanitario. Para ello podrá ser muy útil haberle incluido en el proceso asistencial del paciente crónico complejo y disponer del documento compartido *Plan de Acción Personalizado* donde registrar todos estos aspectos y de esta forma estar accesible a todos los profesionales.

Cuestiones también importantes en el manejo clínico de estos pacientes será el control sintomático en situaciones de gravedad y las indicaciones para la sedación.

Por último, otros aspectos considerados fundamentales por los ESCP son el apoyo emocional y el acompañamiento por parte de EAP/PCSS a pacientes y familias, para lo cual será importante la creación de vías de comunicación estables entre pacientes, familias y profesionales, que alivien el sufrimiento que genera la situación de incertidumbre, el aislamiento y el final de la vida. Así mismo es obligado facilitar la presencia de un representante de la familia, con la adecuada protección y acompañamiento profesional, en los momentos de final de vida que facilite la despedida y la elaboración del duelo.

En el apartado de bibliografía se aporta una relación de recursos con todos los temas tratados.

SOPORTE PSICOLÓGICO DE PROFESIONALES

Al margen de programas contingentes en los momentos más duros de la epidemia COVID-19, actualmente desactivados, y de los dispositivos de la Red de Salud Mental de Extremadura que asisten habitualmente a personas usuarias, familiares y profesionales de los Centros Residenciales, se pretende facilitar el acceso a la psicoterapia optimizando las derivaciones desde Atención Primaria a Salud Mental mediante la e-consulta y se está valorando la implementación de un programa de Psicología Clínica en la propia Atención Primaria.

RECOMENDACIONES PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES DE CONTINGENCIA EN CENTROS RESIDENCIALES Y SANITARIOS. COORDINACIÓN ENTRE CENTROS RESIDENCIALES Y SANITARIOS

PLANES DE CONTINGENCIA EN CR

La dirección de cada CR deberá disponer de un plan de contingencia adaptado a las características particulares de cada uno de ellos, para la prevención de contagios y respuesta adecuada ante la aparición de casos sospechosos y confirmados de COVID-19. Estos planes deberán ser supervisados por los técnicos de salud pública de cada área sanitaria.

Hasta la aparición de una guía específica el documento deberá incluir al menos entre sus apartados:

- Estructura arquitectónica de la residencia.
- Recursos humanos y materiales. Organización funcional.
- Medidas preventivas generales. Formación y provisión de material de protección individual.
- Medidas preventivas específicas para evitar la transmisión dentro de la institución del SARS-CoV-2 según la situación epidémica. Organización de visitas. Sectorización del centro.
- Medidas ante caso sospechoso y confirmado de COVID-19.
- Gestión de residuos.
- Manejo de cadáveres sospechosos o confirmados de COVID-19.
- Identificación de responsables: atención sanitaria según días y horarios, coordinación de la respuesta sanitaria en la Gerencia de Área de Salud.

PLANES DE CONTINGENCIA EN LAS ÁREAS SANITARIAS

- **Información general:** Todas las gerencias de área dispondrán de una relación actualizada de la siguiente información sobre las residencias de mayores y centros sociosanitarios de su área geográfica. Su elaboración será responsabilidad de la Gerencia Territorial del SEPAD, así como su actualización periódica (semanal o con mayor frecuencia en escenarios epidémicos 2 y 3):
 - Nombre, dirección y titularidad del centro. Institución, entidad o empresa que lo gestiona. Nombre y teléfono del director del centro. Nombre y teléfono del interlocutor o responsable sanitario del centro.
 - Número de residentes y camas libres
 - Disponibilidad de recursos para aislamientos de casos COVID-19 asintomáticos o leves. Los criterios consensuados con SEPAD son disponer de asistencia sanitaria 24 h (al menos enfermería), agrupación de camas o habitaciones COVID-19 y sectorización del centro con circuitos sucios y limpios.
- **Estructura asistencial sanitaria para los centros residenciales**
 - Se elaborará una relación de EAP/PAC del área sanitaria con los centros residenciales a su cargo y el número de residentes totales. Estos mismos equipos dispondrán a su vez de planes de contingencia con un apartado específico de atención para los centros residenciales.

- Identificación de los centros residenciales de referencia para aislamiento de casos COVID-19, con un número de teléfono de contacto 24 h para gestionar ingresos desde CR sin posibilidad de aislamiento.
- Identificación de los centros hospitalarios de referencia para tratar los casos COVID-19 con un número de teléfono 24 h para gestionar ingresos.
- Asignación de un centro o establecimiento en el área sanitaria que poder medicalizar para escenarios epidémicos tipo 2 y 3, cuando hayan podido quedar sobrepasados los recursos de CR de referencias y hospitales. Se deberá realizar una estimación de los recursos necesarios para su dotación. Estos Centros de Atención Medicalizados podrán tener carácter provincial si se estima funcionalmente más eficientes.
- **Coordinación asistencial: Gestión de conocimientos y de recursos**
 - Asignación dentro de la Dirección Gerencia del área del responsable o coordinador de la puesta en marcha de las medidas preventivas, vigilancia de aparición de casos y coordinación de las actuaciones de los casos COVID-19 en CR. Este cargo podrá ostentarlo el **Director de Salud** o persona/s en quien se delegue, debiendo darse oportuna difusión, a todos los profesionales del área y un teléfono de contacto directo 24 h.
 - Creación, si no lo estuvieran ya, de la comisión de prevención, detección, gestión de casos y seguimiento de COVID-19 del área de salud, que coordine las intervenciones de atención primaria, atención hospitalaria y salud pública.
 - **Creación en los hospitales de referencia de una comisión clínica de seguimiento de casos, nombrada por la Junta Técnico-Asistencial, que incluya un responsable médico y de enfermería de los servicios de urgencias, del servicio de referencia de hospitalización (M. Interna/Geriatría), de UCI y de Medicina Preventiva, así como un representante de Unidad de Trabajo Social Hospitalaria y del SAU, teniendo entre sus funciones el conocimiento de la situación epidémica en los centros residenciales, para poder estimar necesidades de recursos y la planificación de altas precoces a los CR, de procedencia o de referencia, cuando sea posible.**
 - Garantizar por parte de la Gerencia de Área que los EAP/PAC disponen en todo momento de los recursos tanto humanos como materiales para llevar a cabo la atención sanitaria de los CR, sea en los aspectos preventivos, asistencial sanitario ordinario y/o específico, en casos de sospecha o confirmación de COVID-19.
- **Coordinación Asistencial: Procedimientos**
 - Tener organizada la derivación y transporte de casos COVID-19 según la situación clínica (Anexos 2, 4 y 6)
 - Gravedad +/- reversibilidad del proceso + acuerdo con la familia → Hospital
 - +/- Gravedad +/- reversibilidad del proceso + acuerdo con la familia → Centro Residencial de Referencia

- Tener dotado a los EAP/PAC del material para la recogida de muestras y la previsión de circuitos de transporte hasta el laboratorio de referencia en distintos horarios y días (laborables o no) desde los CR, a fin de conocer el resultado de la prueba en las primeras 24 h desde el conocimiento del caso sospechoso.
- Facilitar la gestión de casos COVID-19 por parte de los equipos sanitarios del centro residencial, de atención primaria y de cuidados paliativos mediante la disponibilidad de comunicación directa con los responsables de los servicios hospitalarios y CR de referencia para organizar los traslados a estos centros previa notificación y acuerdo. Las vías de comunicación deberán estar abiertas 24 h / 365 días y todos los profesionales conocerán y se guiarán por los mismos protocolos de actuación (Anexos 2,4 y 6).

BIBLIOGRAFÍA, DOCUMENTOS DE CONSULTA y RECURSOS

Recomendaciones generales y específicas para la prevención de COVID-19 en Instituciones

- Precauciones estándares en la atención de la salud. Organización mundial de la salud (OMS). <https://www.who.int/csr/resources/publications/standardprecautions/es/>
- Protocolo de vigilancia, prevención y control de microorganismos multirresistentes o de especial vigilancia epidemiológica en el entorno hospitalario. Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud
- Limpieza en centros sociosanitarios y residencias asistidas. Seguridad de pacientes. Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud.
- Guía de prevención y control frente al COVID-19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial. Ministerio de Sanidad. <https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos.htm>
- Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo? Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: https://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf?ua=1
- Listado de virucidas autorizados en España para uso ambiental (PT2), industria alimentaria (PT4) e higiene humana (PT1). Ministerio de Sanidad. <https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos.htm>

Equipos de protección individual

- Guía de prevención y control frente al COVID19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial. Versión de 24 de marzo de 2020. Ministerio de Sanidad.
- Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2. Versión 19 de junio de 2020. Ministerio de Sanidad.
- Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en la comunidad en el contexto del COVID-19. Versión 10 de junio de 2020. Ministerio de Sanidad.
- Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19 Actualización, Versión 2 de junio 2020. Ministerio de Sanidad.
- Personal protective equipment (PPE) needs in healthcare settings for the care of patients with suspected or confirmed novel coronavirus (2019-nCoV). Version February 2020. ECDC Technical Report.
- Safe use of personal protective equipment in the treatment of infectious diseases of high consequence A tutorial for trainers in healthcare settings Version 2: 2 December 2014. ECDC Technical Report.

Valoración integral y plan de acción personalizado. Clasificación clínico-funcional y ayuda a la toma de decisiones

- Recomendaciones para el manejo de la epidemia de COVID19 en residencias de mayores. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

- Proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo. Disponible en: <https://saludextremadura.ses.es/web/enfermedades-de-alta-prevalencia?idItem=Paciente%20cr%C3%B3nico%20complejo>

Signos y síntomas de la enfermedad COVID-19

- Información científico-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Actualización 2 de Junio 2020. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/ITCoronavirus.pdf>
- Signos y síntomas de alerta de infección Covid-19 en personas mayores que viven en residencias. Montse Blasco, Montse Solé, Lorena Bajo, Conxita Barbeta i Jordi Amblàs. Grup de recerca en cronicitat de la Catalunya Central (C3RG). Departament de Salut de Catalunya. Disponible en: <https://es.c3rg.com/publicacions-2020>

Protocolo de actuación ante caso sospechoso y caso confirmado

- Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19. Actualizado 9 de julio de 2020. Ministerio de Sanidad.
- Estrategia de vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de COVID-19. Versión 2 de julio de 2020. Servicio Extremeño de Salud.
- Manejo en AP y domiciliaria del COVID-19. Versión del 18 de junio de 2020. Ministerio de sanidad
- Continuidad asistencial al alta en pacientes con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2. Semfyc. Disponible en: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2020/04/Covid19-criterios-24-04-2020.pdf>

Modelo de atención para EAP y PAC

- Decreto 184/2019 de 17 de diciembre por el que se aprueba el calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Humanización

- Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situación de pandemia: el SARS-CoV-2. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/200403-INFORME_PANDEMIA-FINAL-MAQUETADO.pdf
- Documento técnico de recomendaciones para la actuación del voluntariado ante la crisis por Covid-19 y el estado de alarma. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Recomendaciones_VOLUNTARIADO.pdf
- Recomendaciones para familiares para la despedida y el duelo ante la presencia del Covid-19. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Disponible en: <http://www.secpal.com//Documentos/Blog/covid19%20duelo%20y%20despedia%20familiares%20documento%20final%20V2.pdf>
- Recomendaciones sobre cuidar y acompañar personas en situación de últimos días y a su familia y/o cuidadores. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y Asociación Española de Enfermería de Cuidados Paliativos (AECPAL). Disponible en: <http://www.secpal.com//Documentos/Blog/DOCUMENTO%20SOBRE%20ACOMPAN%CC%83AMIENTO%20 COVID%2019.pdf>

- Protocolo de acompañamiento familiar al final de la vida en personas afectadas de COVID en la comunidad autónoma de Extremadura. Ámbito residencial. Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/filescms/sepad/uploaded_files/documentos/Coronavirus/Estatal-DocTecnicos/PROTOCOLO%20DE%20ACOMPAN%CC%83AMIENTO%20FAMILIAR%20A%20FINAL%20DE%20LA%20VIDA%20-%20Servicios%20Residenciales%20y%20Hospitalarios%20Extremadura.pdf
- Declaración del Comité de Bioética de España sobre el derecho y deber de facilitar el acompañamiento y la asistencia espiritual a los pacientes con covid-19 al final de sus vidas y en situaciones de especial vulnerabilidad. Comunicado del 15 de abril de 2020. Disponible en: http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/CBE_Declaracion_sobre_acompanamiento_COVID19.pdf
- Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. Comunicado del 25 de marzo de 2020. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>

Atención sanitaria con enfoque paliativo

- Recomendaciones éticas y clínicas para la toma de decisiones en el entorno residencial en contexto de la crisis del COVID-19
<https://www.segg.es/media/descargas/recomendaciones-residencias-covid-19.pdf>
 - Expresión anticipada de voluntades
<https://saludextremadura.ses.es/paliex/expresion-anticipada-de-voluntades>
 - Directorio de los equipos de cuidados paliativos
<https://saludextremadura.ses.es/paliex/directorio-cuidados-paliativos>
 - Derivación de pacientes a Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos de Extremadura
https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/DERIVACION%20PACIENTES%20A%20ESCP%20DEFINITIVO.pdf
 - Orientaciones sobre el control sintomático de enfermos graves afectados por la enfermedad COVID-19 (SECPAL)
http://www.secpal.com/Documentos/Blog/2020_03_23%20FIN%20DE%20VIDA%20Y%20COVID%2019%20_1.%20Documento%20para%20profesionales_1.pdf
 - Guía clínica de manejo de opioides potentes. PRCPEX
https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/GUIA_OPIOIDES.pdf
 - I Manual de Cuidados Paliativos de Extremadura
<https://saludextremadura.ses.es/paliex/publicationDetail?idItem=185564&refMenu=>
 - Guía clínica de sedación paliativa. PRCPEX
https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/guia-de-sedacion.pdf
 - Guía clínica de seguimiento del duelo
https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/CustomContentResources/guia_duelo_PRCPEX.pdf
- ¿Cómo informar a los familiares de pacientes con COVID-19 ingresados en un hospital o centro socio-sanitario?
<https://saludextremadura.ses.es/paliex/publicationDetail?idItem=185646>
- Manejo emocional para profesionales sanitarios (PSIPALEX)

<https://saludextremadura.ses.es/paliex/publicationDetail?idItem=185728>

ANEXO 1: MEDIDAS PREVENTIVAS ESTANDAR DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES: HIGIENE DE MANOS. MEDIDAS PREVENTIVAS ESPECÍFICAS: CONDICIONES DE AISLAMIENTO DE CASOS COVID-19

Higiene de manos

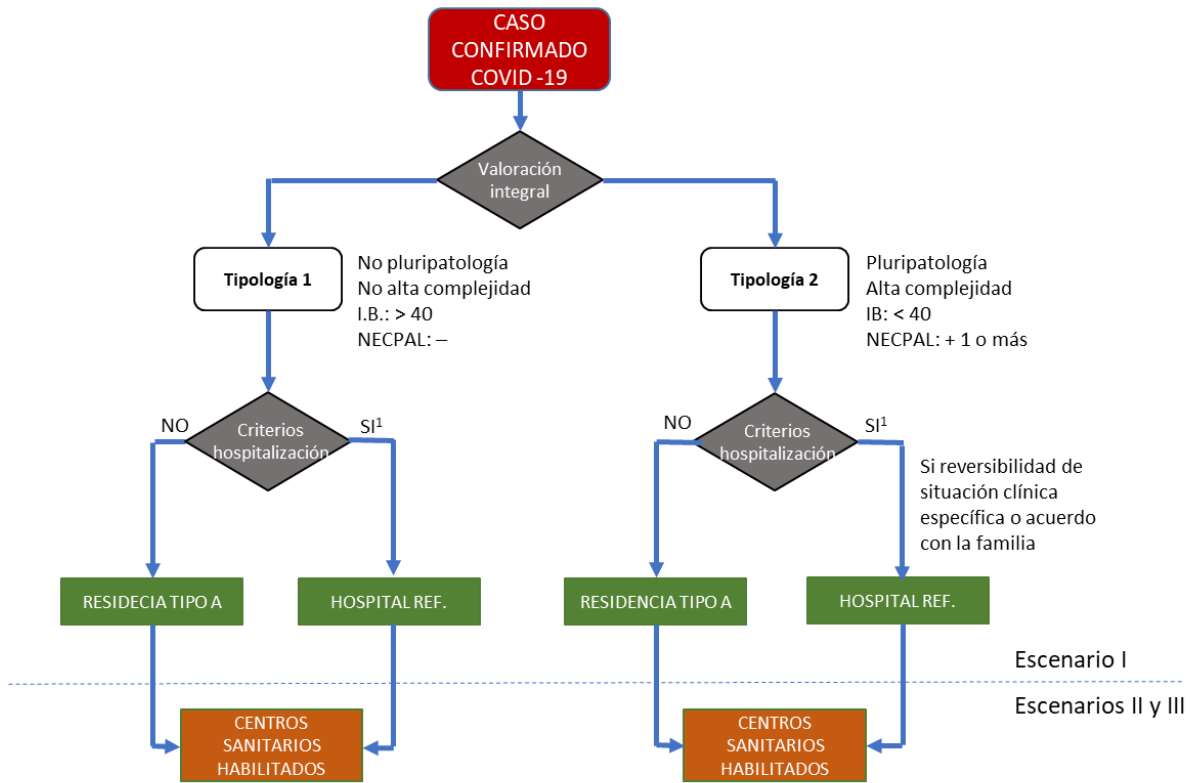
- La higiene de manos debe realizarse antes de tocar al paciente, antes de realizar cualquier procedimiento limpio o aséptico, después de haber estado expuesto a líquidos corporales, después de tocar a un paciente y después de tocar el entorno de un paciente.
- La higiene de manos debe realizarse después de quitarse el equipo de protección individual.
- **El uso de guantes no sustituye el lavado de manos**, por lo que antes y después del uso de guantes se deberá realizar higiene de manos (son exclusivos de cada persona que se atiende, por lo que se cambiarán de una persona a otra y al pasar de una tarea no aséptica a una aséptica en la misma persona).
- Las manos se lavarán con **agua y jabón durante al menos 40 segundos**, siendo de elección cuando las manos estén sucias, manchadas de fluidos o se sospeche la presencia de microorganismos formadores de esporas como el Clostridium difficile y después de ir al inodoro, o con **solución de base alcohólica durante al menos 20 segundos** mediante fricción.
- En todos los entornos de atención a la persona, así como en las zonas comunes (salas de estar, sala de visitas, etc.) se dispondrán de **dispensadores de solución de base alcohólica, y/o agua corriente, jabón y toallas de papel**, así como de **contenedor de residuos con tapa de apertura con pedal**.
- Es fundamental la **formación** de los profesionales, pacientes, familiares y visitantes en la higiene de manos.
- Se debe incidir en la necesidad de llevar las **uñas cortas y sin esmaltar**, así como, **evitar el uso de anillos, pulseras, relojes u otros adornos** que pudieran vehicular la infección a otras personas y entornos.

Condiciones de aislamiento y atención a la persona aislada

- En la puerta de la habitación se pondrá un cartel de aviso del tipo de precauciones necesarias y el **equipo de protección individual (EPI)** que se requiera para entrar en la habitación. Estos deberán estar disponibles allí mismo junto con el dispensador de base alcohólica
- Antes de entrar en la habitación, los profesionales se colocarán los EPI necesarios que serán indicados por los Servicios de Prevención de Riesgos en cada momento. En el caso particular del COVID-19:
 - Bata de manga larga (impermeable si se van a realizar maniobras que produzcan aerosoles, si no se tiene disponible se añadirán un mandil impermeable).
 - Un par de guantes que se colocará por encima de los puños de la bata, previa higiene de manos (también se realizará higiene de manos tras su retirada), para evitar dejar piel expuesta. Los guantes son exclusivos de cada persona que se atiende.

- Mascarilla (quirúrgica o FFP2) según el tipo de procedimiento a realizar y siempre asegurando las existencias suficientes para las situaciones en las que su uso esté expresamente indicado. Si se fueran a realizar maniobras que generen aerosol se utilizarán mascarillas FFP2-3.
 - Gafas de protección ocular, si hubiese riesgo de salpicaduras.
-
- Las personas que se encuentren en situación de aislamiento no podrán salir de la habitación, sin embargo, la puerta puede permanecer abierta, dado su tipo de transmisión.
 - Cuando sea preciso la salida de la persona aislada (por ejemplo, traslado al hospital) lo hará con una mascarilla quirúrgica evitando el contacto con el resto de residentes.
 - Es preciso que la habitación sea ventilada con frecuencia.
 - Los materiales necesarios para la atención a estos pacientes serán de uso exclusivo de los mismos, termómetros, esfigmomanómetros, pulsioxímetros, etc. En el caso de que no se disponga de suficientes se deberán limpiar y desinfectar (alcohol 70%) entre paciente y paciente.
 - En el interior de la habitación habrá un dispensador de solución de base alcohólica en el entorno de la persona en aislamiento.
 - Se dispondrá de un contenedor de residuos en el interior de la habitación a ser posible con pedal donde se eliminarán los EPI.
 - Tras la retirada de los EPI en el interior de la habitación se realizará higiene de manos.
 - El carro de medicación y curas, en el caso de disponer de ellos, no entraran en las habitaciones de los residentes.

ANEXO 2: ALGORITMO DE AYUDA PARA LA TOMA DE DECISIONES EN PACIENTE COVID-19 EN DISTINTOS ESCENARIOS EPIDÉMICOS



RESIDENCIA TIPO A: Recursos sanitarios 24 h, aislamiento y sectorización de los COVID-19 y otros similares a hospitalización (Oxigenoterapia, ventilación no invasiva, medicación IV).

CENTROS SANITARIOS HABILITADOS: Se dotarán en caso de escenarios epidémicos II y III cuando los recursos sanitarios de SES y SEPAD no sean suficientes para dar respuesta a necesidades

1: CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN: taquipnea > 20 resp/min, FC > 120 l/min ó < 50 l/min, PA > 190/110 ó < 90/60 mm de Hg, Sat O₂ < 92%, descenso del nivel de conciencia.

ANEXO 3: SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA COVID-19 EN PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN RESIDENCIAS

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA COVID-19 EN PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN RESIDENCIAS

DOCUMENTO DE RECOMENDACIONES PARA AUXILIARES DE GERIATRÍA

Elaborado por Montse Blasco, Montse Solé, Lorena Bajo, Cónstia Barbeta i Jordi Ambilàs

SIGNOS ATÍPICOS DE LA COVID-19 (pero habituales en personas mayores)

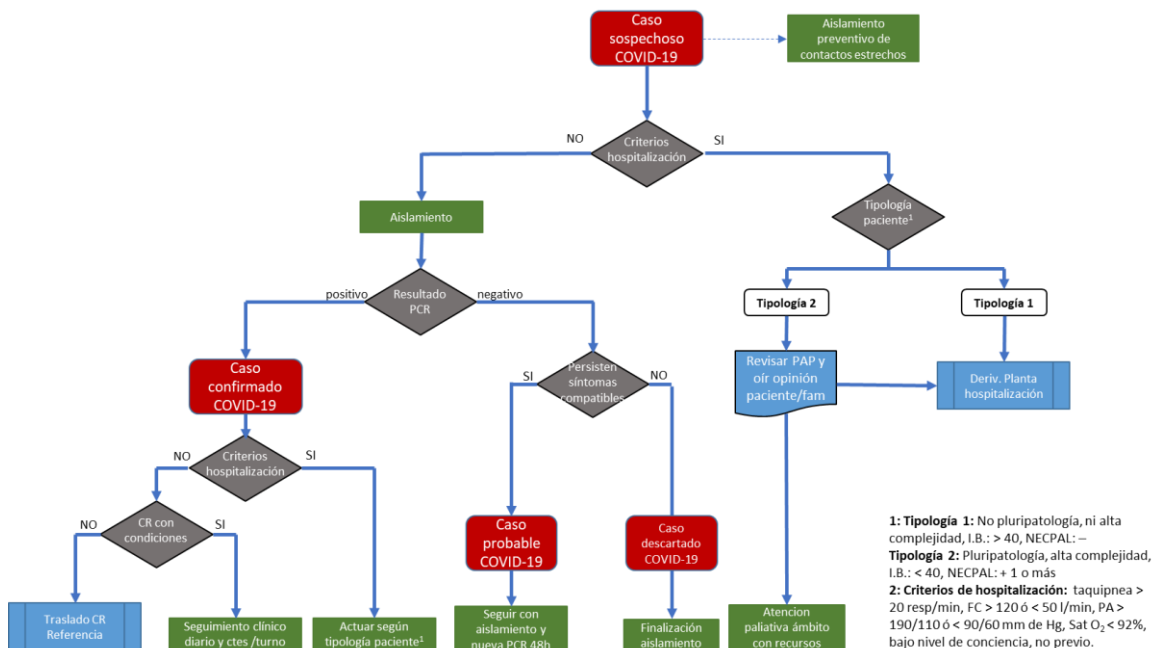
Signo/Síntoma	Recomendaciones	Indicador de Severidad
FIEBRE	<ul style="list-style-type: none"> Mirar temperatura (T°) dos veces al día Garantizar la toma de antitérmicos Aplicar medidas físicas si precisa 	<ul style="list-style-type: none"> Si febrícula <38° NO conocida Si febrícula <38° NO conocida Si febre >38° NO conocida
TOS	<ul style="list-style-type: none"> Colocar mascarilla a la persona si es posible Incorporar el cabezal de la cama >45° Vigilar riesgo de aspiración en el momento de dar de comer 	<ul style="list-style-type: none"> Si tos ya conocida Si tos de nueva aparición o cambio de sus características
AHOGO	<ul style="list-style-type: none"> Valorar aparición de cianosis (mucosas y/o punta de los dedos azulados) Mirar la frecuencia respiratoria (FR) y la saturación de oxígeno (sato₂) -en caso de llevar O₂, garantizar su buen funcionamiento- Incorporar el cabezal de la cama >45° 	<ul style="list-style-type: none"> Percepción de ahogo con Sato₂ >90% y/o FR <20 Sato₂ <90% y/o FR >20 y/o aparición de cianosis
DEBILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Reposo en fase inicial Si mejoría, movilidad progresiva 	<ul style="list-style-type: none"> Si <1 día de evolución Si >1 día de evolución
CAÍDAS	<ul style="list-style-type: none"> Confortar Valorar estado y consecuencias Mirar constantes -tensión arterial (TA), frecuencia cardiaca (FC), T° y sato₂- 	<ul style="list-style-type: none"> Si NO hay consecuencias aparentes Si existen consecuencias o alteración significativa de las constantes*
VÓMITOS Y DIARREAS	<ul style="list-style-type: none"> En caso de vómito, poner de lado Adaptar dieta teniendo en cuenta sus preferencias Priorizar ingesta de líquidos (con espesantes o gelatinas en caso de disfagia) Mantener piel íntegra y seca 	<ul style="list-style-type: none"> Si ya conocidas y leves Si NO conocidas y leves Si importantes y/o con contenido sanguíneo
PÉRDIDA DE APETITO	<ul style="list-style-type: none"> Adaptar dieta Aumentar ingesta de líquidos En caso de disfagia, utilizar espesantes o gelatinas 	<ul style="list-style-type: none"> Si <1 día de evolución Si >1 día de evolución
DESORIENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Vigilar que no se hagan daño Acompañar No llevar la contraria 	<ul style="list-style-type: none"> Si ya conocida y leve Si NO conocida y leve Si agitación importante
PÉRDIDA DE APETITO	<ul style="list-style-type: none"> Adaptar dieta Aumentar ingesta de líquidos En caso de disfagia, utilizar espesantes o gelatinas 	<ul style="list-style-type: none"> Si <1 día de evolución Si >1 día de evolución
SOMNOLENCIA	<ul style="list-style-type: none"> Encamar Mirar constantes: TA, FC, T° y sato₂ Vigilar situaciones de riesgo: durante comida, movilización,... 	<ul style="list-style-type: none"> Si ya habitual y leve Si NO habitual y leve Si importante tanto y/o alteración significativa de las constantes*
LESIONES CUTÁNEAS	<ul style="list-style-type: none"> En caso de aparición de alteraciones dermatológicas a cualquier parte del cuerpo (tipo urticaria, vesículas,...) 	<ul style="list-style-type: none"> Si ya conocida

*Pensar a REGISTRAR la aparición de estos signos o síntomas en los sistemas de información de la residencia

Actitud expectante A comentar con enfermera durante el turno Avisar de forma inmediata

ANEXO 4: DEFINICIONES DE CONTACTO ESTRECHO, CASOS Y TIPO DE INTERVENCIONES.

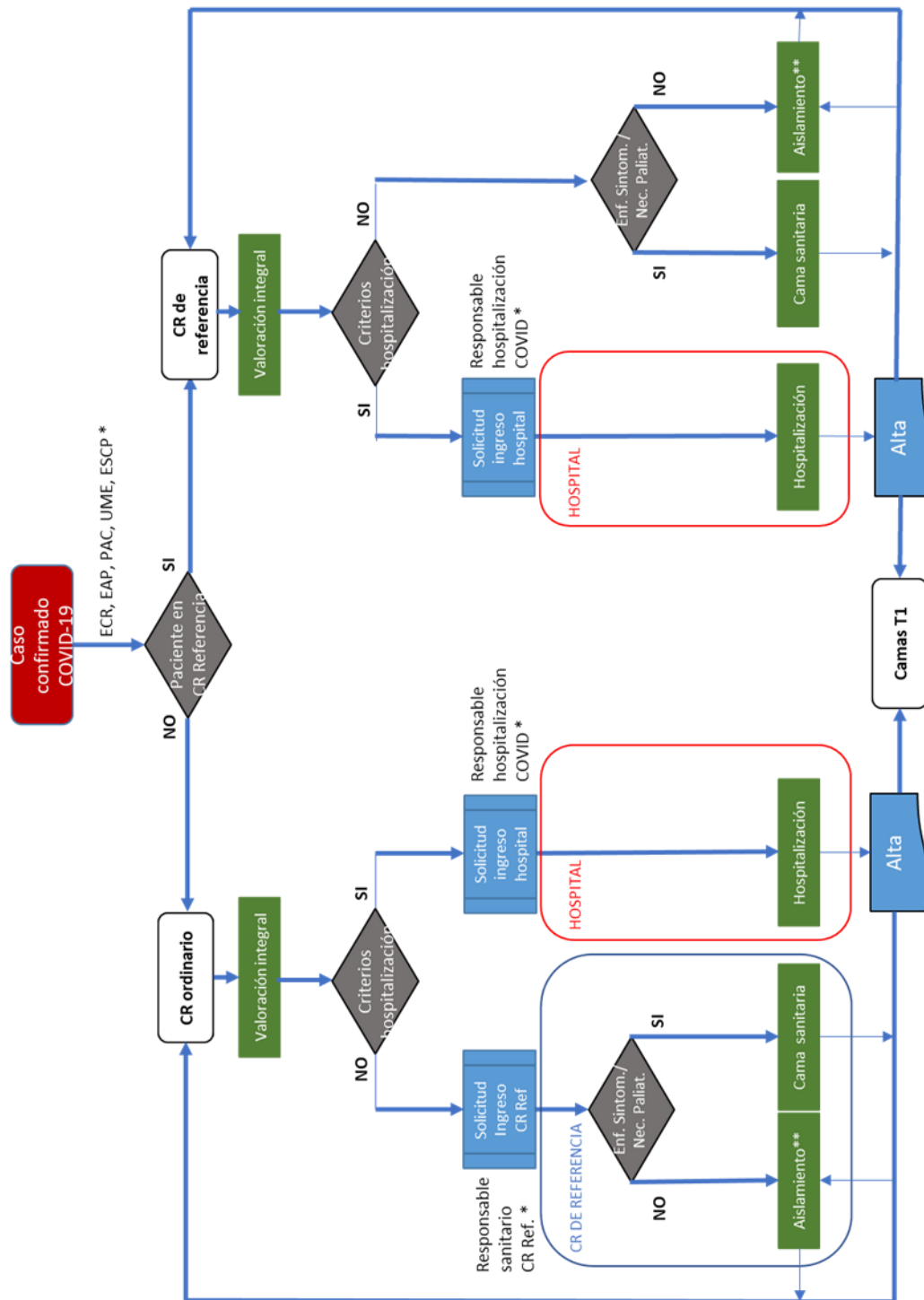
1. **Contacto estrecho:** Así se considera cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso, como el personal sanitario o sociosanitario, siempre que no haya utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto similar. También se considera a cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros y durante más de 15 min. El periodo considerado será desde 2 días antes del inicio de los síntomas del caso hasta el momento que este es aislado. En los casos asintomáticos confirmados por PCR, los contactos se buscarán desde 2 días antes de la fecha de diagnóstico.
2. **Caso sospechoso:** cualquier persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros, con fiebre, tos o sensación de falta de aire. Otros síntomas como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolores musculares, diarreas, dolor torácico o cefaleas, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico.
3. **Caso probable:** persona con infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico y radiológico compatible con COVID-19 y resultados de PCR negativos, o sospechoso con PCR no concluyente.
4. **Caso confirmado:**
 - **Infección activa:**
 - i. Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso y PCR positiva.
 - ii. Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso, con PCR negativa y resultado positivo a IgM por serología de alto rendimiento (no por test rápidos).
 - iii. Persona asintomática con PCR positiva e IgG negativa o no realizada.
 - **Infección resuelta:** Persona asintomática con serología IgG positiva independientemente del resultado de la PCR (PCR positiva, PCR negativa o no realizada).
5. **Caso descartado:** caso sospechoso con PCR negativa e IgM también negativa, si esta prueba se ha realizado, en la que no hay una alta sospecha clínica.



**ANEXO 5: RELACIÓN DE MEDICAMENTOS ESENCIALES PARA EL TRATAMIENTO DE COVID-19
EN CENTROS RESIDENCIALES DE REFERENCIA DEL AREA SOCIO SANITARIA**

Antibioterapia específica	Glucagón
Amoxicilina clavulánico	Insulina
Bromuro de hioscina	Levomepromazina
Bromuro de tiotropio (inh)	Levofloxacino
Budesonida (inh)	Metamizol
Ceftriazona	Metilprednisolona
Dexametasona	Metoclopramida
Diazepam	Midazolam
Digoxina	Mórficos
Enoxaparina	Omeprazol
Fentanilo	Ondansetrón
Fluidoterapia	Oxigenoterapia
Furosemida	Paracetamol
Haloperidol	Salbutamol (inh)

ANEXO 6: COORDINACIÓN ENTRE CENTROS RESIDENCIALES Y SANITARIOS



EAP: Equipo de Atención Primaria, ECR: Equipo sanitario de Centro Residencial, ESCP: Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, PAC: Equipo de Punto de Atención Continuada, UME: Unidad Medicalizada de Emergencias

*Los equipos asistenciales de los CR deberán disponer de los teléfonos directos de los responsables de CR y Hospitales de referencia.

** Los pacientes en aislamiento pueden empeorar su situación clínica y requerir atención en cama sanitaria u hospitalización.