

INFORME DEL OBSERVATORIO ACTUAR COVID

SEMANA DEL 7 AL 13 DE NOVIEMBRE

ISOC 4/20

1. ACTUAR COVID

Actuar COVID es un grupo de profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid preocupados por el impacto de la pandemia sobre la población y por la respuesta insuficiente de las Autoridades Sanitarias

<https://actuarcovid.com/blog/>.

Ante esta situación reclamamos al Gobierno de la Comunidad de Madrid la adopción URGENTE de un decálogo de medidas necesarias para la contención de la COVID-19, al margen de las medidas extraordinarias de restricción de la movilidad o de reunión exigidas en cada momento.

El OBSERVATORIO Actuar COVID es una red de vigilancia centinela de profesionales de Atención Primaria, Hospitales y Residencias de Mayores que evalúa semanalmente la aplicación del Decálogo de recomendaciones de ACTUAR COVID con el propósito de llamar la atención de las autoridades para que adopten urgentemente las medidas necesarias.

El OBSERVATORIO Actuar COVID presenta un conjunto de indicadores sanitarios sobre la situación en la Comunidad de Madrid de las principales medidas de actuación exigidas en el “Decálogo de Actuar COVID”, con un código de colores a modo de semáforo e indicativo de la gravedad de la situación.

- ❖ El nivel rojo indica una situación de **ALARMA**, indicando máxima preocupación por la situación, requiriendo actuar de forma urgente y con medidas prioritarias.
- ❖ El nivel amarillo indica una situación de **ALERTA**, indicando un problema significativo o una situación preocupante que requiere actuación rápida.
- ❖ El nivel verde indica una situación de **ACEPTABLE**, indicando que la situación es admisible en estos momentos.

2. INDICADORES DE RESPUESTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

OBSERVATORIO # Actuar COVID - MADRID		
		★
	Centros abiertos	=
	Plantillas completas	=
	Atención NO Covid Medicina	↓
	Atención NO Covid Enfermería	↓
	Rastreadores Salud Pública	=
	Tiempo respuesta PCR	=
	Test de Antígenos	=
	Alternativa para aislamientos	↓
	Equipos de protección	=
	Stock reservas EPI	↓
	Condiciones para las guardias	↓
	Coordinación con centros escolares	↑

★ Esta columna refleja la evolución del indicador desde el anterior Informe Semanal.
Leyenda: ↑ mejora ↓ empeora = sigue igual

3. DATOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Centros de Salud y/o consultorios y/o servicios rurales o de urgencia cerrados total o parcialmente (especificar) en tu Dirección Asistencial indicando la Zona Básica

En 5 de las 7 Direcciones Asistenciales tienen Centros de Atención Primaria cerrados total o parcialmente.

% de personal vacante (bajas laborales, vacaciones, jubilaciones) no sustituido o cubierto

Está vacante el 7 % de la plantilla.

Tiempo medio de espera para primera consulta presencial NO Covid. Medicina, en días

El tiempo medio para consulta presencial no COVID en Medicina es superior a 5 días.

Tiempo medio de espera para primera consulta presencial NO Covid. Enfermería, en días

El tiempo medio para consulta presencial no COVID en Enfermería es superior a 3 días.

Nº de Rastreadores contratados, incorporados y/o adscritos al Centro de Salud

No hay rastreadores adscritos en ninguno de los Centros de Salud.

3. DATOS EN ATENCIÓN PRIMARIA (Cont.)

Tiempo de respuesta de resultados, en días

El tiempo de respuesta para PCR es algo menor a de 2 días

¿Dispone el centro de salud, SAR etc. de test de antígeno? SI/NO

El 100% de los CS tienen test de antígeno

Existen plazas libres en algún centro alternativo para aislamiento y cuarentena para casos de la zona SI/NO

Solamente el 71 % de los CS tienen disponible algún centro residencial alternativo para aislamiento de afectados o contactos

Dotación completa y reservas de Equipos de Protección Individual. SI/NO.

El 0,5 % de los Centros de Salud no tienen EPIs completos. Aparecen incidencias sobre mala calidad de los EPIs o ausencia de algún elemento.

Para cuántas semanas hay stock de EPIS y material de protección en el centro

Hay reservas para algo más de 3 semanas

**¿Cuántos profesionales duermen a la vez en el mismo cuarto de descanso?
[Solo para centros SAR]**

La media de personas que comparten mismo dormitorio en descanso de guardia es 2 o más en el 50 % de los centros.

3. DATOS EN ATENCIÓN PRIMARIA (Cont.)

Hay una coordinación desde sanidad (Centro de Salud o Salud Pública) para actuación y detección de casos en el ámbito escolar y para localización de contactos SI/NO

Solamente un 34 % de los CS tienen coordinación con los centros escolares para COVID

4. INDICADORES DE RESPUESTA DE HOSPITALES

OBSERVATORIO # Actuar COVID - MADRID (1) (2)					
					★
					↓
					↓

(1) Fuente: Grupo COVID19 MADRID-SPPM en @covid19_m. Consultado 30/10/2020

(2) Rangos procedentes de "Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19" Actualizado a 22 de octubre de 2020. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

OBSERVATORIO # Actuar COVID - MADRID					
					★
					↑
					↓
					↓
					↑

★ Esta columna refleja la evolución del indicador desde el anterior Informe Semanal.
Leyenda: ↑ mejora ↓ empeora = sigue igual

5. DATOS EN HOSPITALES

Riesgo de saturación en la ocupación de camas de agudos en los hospitales

Un 14 % de las camas de agudos están ocupadas por COVID. Supone un riesgo ALTO en la utilización de servicios hospitalarios.

Riesgo de saturación en la ocupación de camas de UCI estructurales en los hospitales

Un 96 % de las camas UCI estructurales están ocupadas por COVID. Supone un riesgo MUY ALTO en la utilización de servicios hospitalarios.

¿Hay camas cerradas en tu hospital? SI/NO

En el 67 % de la red hospitalaria pública hay camas cerradas.

¿Se respeta el circuito separado de atención a pacientes para COVID-19 en tu centro? -SI/NO

En el 58 % de la red hospitalaria pública no se respetan los circuitos diferenciados para pacientes COVID

¿Se están cubriendo las bajas o vacantes en tu servicio? SI/NO

En el 83 % de la red hospitalaria no se cubren las bajas de personal.

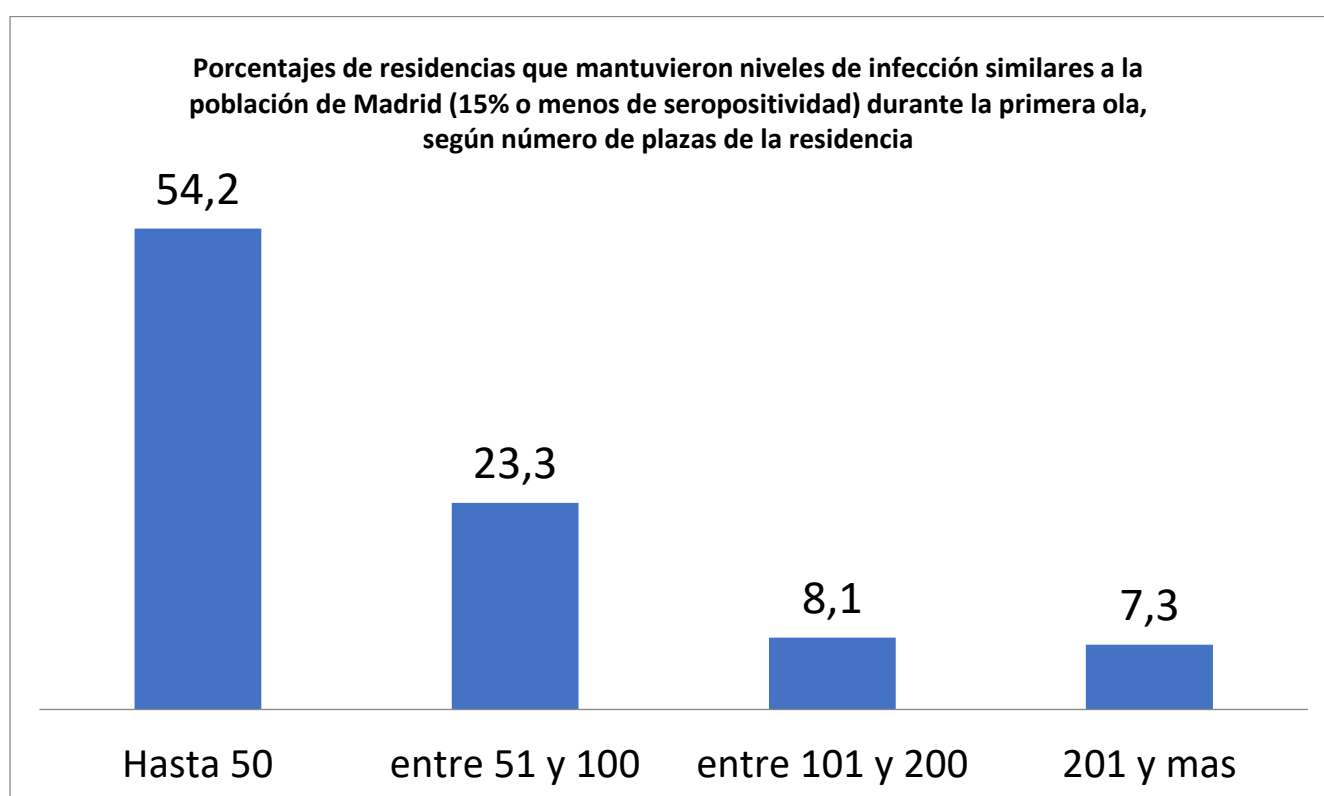
% de las urgencias de COVID atendidas que son ingresadas

Se ingresan un 26 % de las urgencias por COVID, frente a un 10 % de ingresos habituales en urgencias, casi el triple.

6. DATOS EN RESIDENCIAS DE MAYORES

El 6 de noviembre la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid presentó los resultados del estudio de “Seroprevalencia del Covid en centros sociosanitarios de la Comunidad de Madrid”. De las 475 residencias de personas mayores de la Comunidad de Madrid, 325 participaron en este estudio (86% de las 63 residencias públicas, el 70% de las 77 residencias privadas sin ánimo de lucro y el 65% de las 335 residencias privadas con ánimo de lucro).

El estudio se realizó entre julio y septiembre y los resultados de serología están afectados por los brotes ocurridos en el verano. Aun así, estos resultados permiten hacer una reflexión útil para el futuro, para la preparación frente a nuevas epidemias.



Observamos en la gráfica que más de la mitad (54%)¹ de las residencias con menos de 50 plazas mantuvieron niveles de infección similares inferiores a 15%, es decir, tuvieron niveles de infección similares a la población general,

6. DATOS EN RESIDENCIAS DE MAYORES

y esto ocurrió a pesar de la vulnerabilidad de la población de residentes con edades medias superiores a los 80 años, con muy escasa disponibilidad de equipos de protección individual y con pocas medidas preventivas. En cambio, menos de 8% de las macro residencias lograron evitar la invasión del virus. **Las implicaciones, desde el punto de vista de la seguridad de las personas, parecen claras: no se deberían construir residencias de más de 50 plazas** y, en el futuro inmediato, durante el periodo de transición hacia un modelo de cuidados de larga duración centrado en la persona mayor, las macro residencias actuales se tendrían que transformar en módulos de convivencia de menos de 50 plazas.

¹ Al finalizar la primera ola de la pandemia, la seropositividad de la población general de Madrid era inferior al 15% y la seropositividad de los trabajadores sanitarios se estimó en 10%. Referencia: Prevalence of SARS-CoV-2 in Spain (ENE-COVID): a nationwide, population-based seroepidemiological study. Lancet 2020 Aug 22;396(10250):535-544. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31483-5. Epub 2020 Jul 6.

7. CONCLUSIONES OBSERVATORIO ACTUAR COVID **SEMANA DEL 7 AL 13 DE NOVIEMBRE:**

La pandemia sigue presionando fuertemente sobre los centros de salud, los hospitales, las residencias y la vida cotidiana de todas las personas.

Esta presión se traduce en demoras en la atención. Los pacientes tienen problemas graves para conseguir cita por teléfono o a través de internet. Y las citas presenciales para pacientes no Covid que consiguen contactar se están retrasando a más de 5 días en medicina de familia.

Sigue habiendo un 7% de vacantes en Atención Primaria, más un déficit de otro 10% de plantilla. Y siguen sin cubrirse las bajas en el 83% de la red hospitalaria pública. Esto produce una sobrecarga asistencial insoportable que afecta a la calidad del servicio.

Varios corresponsales señalan que el personal de los centros sanitarios tiene una sensación de tristeza, de desesperanza, de agotamiento. Sienten que los directivos y las autoridades sanitarias no les escuchan, y que hacen declaraciones con mensajes triunfalistas mientras siguen sin cubrir las plazas de profesionales necesarias, sin rastreadores, sin proteger adecuadamente a las residencias. Denuncian también la falta de coordinación con salud pública.

Siguen sin contratarse rastreadores dependientes de salud pública que puedan realizar sus funciones adecuadamente, incluyendo la coordinación estrecha con los Centros de Salud. Sin esos profesionales no se podrá recuperar la movilidad y la actividad social y económica. No hay una organización y unos profesionales bien entrenados y coordinados, con medios adecuados, para cortar las cadenas de contagio.

7. CONCLUSIONES OBSERVATORIO ACTUAR COVID **SEMANA DEL 7 AL 13 DE NOVIEMBRE (Cont.):**

Los nuevos profesionales que han llegado a los Centros de Salud, con denominación de "gestores/rastreadores COVID", no tienen función de rastreadores. Seguramente son un apoyo útil al Centro, pero no realizan la función de rastreo en que venimos insistiendo.

Sigue sin haber apoyo social suficiente para mejorar las condiciones de vida de las personas más vulnerables, con más riesgo de contagio. El Observatorio de Salud Comunitaria denuncia que "no se tiene en cuenta algo tan fundamental como es la influencia de los determinantes sociales y las condiciones de vida de cada población y territorio están teniendo en el desarrollo de la pandemia". "Es necesario mejorar esas condiciones laborales y sociofamiliares que permitan comportamientos saludables para frenar los contagios".

<http://www.alianzasaludcomunitaria.org/covid-19-una-respuesta-comunitaria-para-una-pandemia-social/>

Siguen sin protegerse de manera suficiente las residencias de mayores.

Sigue sin haber coordinación entre los centros escolares, salud pública y atención primaria.

Siguen contagiándose profesionales sanitarios por falta de protección adecuada y porque la falta de medios hace que no se puedan respetar los circuitos Covid en los centros. En cuanto a la dotación de equipos de protección, si bien casi todos los centros informan que disponen de equipos, algunos señalan deficiencias significativas, falta de calzas, falta de mascarillas FFP2, o de otros elementos:

7. CONCLUSIONES OBSERVATORIO ACTUAR COVID **SEMANA DEL 7 AL 13 DE NOVIEMBRE (Cont.):**

“Del material /equipo de protección que envían a nuestro CS, nos estamos nosotros comprando los gorros para el pelo desde hace tiempo, porque no nos envían y, hemos pedido ropa de abrigo (tipo trenca) para poder ir a hacer los domicilios COVID en este tiempo ya frío que hace y, no nos han contestado”.

Hospital Isabel Zendal

Si el nuevo Hospital Enfermera Isabel Zendal no se dota con nuevo personal contratado para el centro, supondrá no una solución sino un nuevo problema para el control de la pandemia en la región. No se puede aumentar las infraestructuras asistenciales con los mismos o mermados recursos humanos actuales.

Se ha puesto en marcha un mecanismo para trasladar personal de los centros de salud y hospitales al nuevo hospital Isabel Zendal, con lo que supone de mayor deterioro de la red sanitaria actual.

No compartimos la decisión tomada por la Comunidad de Madrid de construir y poner en marcha un nuevo hospital de pandemias, detrayendo personal de los hospitales y centros de salud que ya están infradotados.

Consideramos que había otras posibilidades alternativas, más eficaces y eficientes. Al menos hemos identificado 4 alternativas claras:

1. Abrir las camas cerradas actualmente en el 67 % de la red de hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, incluyendo alguna unidad especialmente diseñada para UCI.

7. CONCLUSIONES OBSERVATORIO ACTUAR COVID **SEMANA DEL 7 AL 13 DE NOVIEMBRE (Cont.):**

2. Facilitar a los hospitales la posibilidad de tener ampliaciones o extensiones aledañas, como ocurrió en la primera ola en algunos hospitales (como Alcalá de Henares, Severo Ochoa de Leganés o Puerta de Hierro), que habilitaron unidades de hospitalización provisionales en el propio hospital o en zonas anexas. Esta opción sería más segura y económica. Ahora, según nos informa un corresponsal “nos han prohibido abrir estos espacios”.
3. Aprovechar el diseño que tienen algunos de los hospitales más jóvenes de nuestra región, como el hospital Puerta de Hierro y otros. Estos centros de reciente construcción tienen habitaciones individuales preparadas para poder ingresar dos pacientes (doble cabecero). Poner en marcha estas camas sería más eficaz y eficiente.
4. Incrementar las plazas disponibles actuales en Hoteles Sanitarizados. Estas plazas se destinarían a pacientes COVID +, no dependientes, que no requieren ingreso, que presentan un cuadro clínico leve, y que no pueden, por diferentes motivos, cumplir las medidas de aislamiento establecidas en su domicilio, para realizar únicamente cuidados básicos y de seguimiento.

En todos los casos, nuevo hospital, camas cerradas, anexos, habitaciones con doble cabecero o plazas en Hoteles Sanitarizados, lo que se necesita es personal. No se pueden poner en marcha a costa del personal actual de los hospitales o de la atención primaria. Es preciso dotar de nuevas plantillas para hacer frente a la pandemia. Lo demás es engañarse.

7. CONCLUSIONES OBSERVATORIO ACTUAR COVID **SEMANA DEL 7 AL 13 DE NOVIEMBRE (Cont.):**

Campaña de vacunación de la gripe.

A las dificultades y limitaciones asistenciales anteriormente descritas se ha unido en las últimas semanas la campaña de vacunación de la gripe en los Centros de Salud.

Esta semana varios corresponsales han señalado el problema del suministro de vacunas para la gripe estacional. Denuncian falta de organización, envíos que se pierden, demoras en citas hasta diciembre en algunos centros, cambio de empresa fabricante. “Se animó a la vacunación a todos, y ahora no hay ni para los grupos de riesgo. Un desastre”.

Evolución de la pandemia

Los últimos datos del INFORME EPIDEMIOLÓGICO VIGILANCIA DE COVID-19 de la semana 45 (10 de noviembre de 2020) de la Comunidad de Madrid informan de: una **Incidencia Acumulada últimos 14 días de 328 / 100.000 habitantes**; un total de **197 fallecidos en última semana**; **1.907 pacientes ingresados en hospitales (14 % de ocupación)** y **426 ingresados en UCI (96 % ocupación de UCI estructural)**; y un **8,2 % de positivos en las PDIA (pruebas PCR y test Antígenos)**.

Una semana más hemos de lamentar la muerte de 197 personas por la Covid. El fallecimiento de estas personas sigue denunciando fallos en nuestra respuesta. Por otra parte, la evolución de la Incidencia Acumulada (personas contagiadas) en Madrid en los últimos días parece positiva. Sin embargo, la comparación con meses anteriores requiere cautela. En efecto, al comparar las Pruebas Diagnósticas de Infección Activa (PDIA) que se hacen en Madrid con las demás CC.AA. vemos una diferencia importante,

7. CONCLUSIONES OBSERVATORIO ACTUAR COVID **SEMANA DEL 7 AL 13 DE NOVIEMBRE (Cont.):**

que la proporción de test de antígeno y pruebas PCR que se hacen en Madrid es de 70%-30%, mientras que en el resto de CCAA es de 20%-80%.

Aunque debemos valorar positivamente la llegada e implantación de los test de antígenos, por la accesibilidad y rapidez de esta PDIA en los centros y por su capacidad, bien utilizados, para detectar casos y permitir aislarlos así como cuarentenar a contactos estrechos, no vemos adecuados algunos usos que se están haciendo con ellos. En algunas zonas se están ofreciendo a la población, previamente sana y sin riesgos, un cribado masivo, con test de antígenos. Tenemos constancia de envíos de SMS a la ciudadanía con el siguiente texto: “Si no ha pasado COVID y no tiene síntomas: Salud Pública hace test antigénicos a residentes en su zona ...”.

Los test de antígeno para cribado de la población, en personas sin síntomas, no están indicados por su baja sensibilidad. Dan como resultado un porcentaje alto de falsos negativos que generan una falsa seguridad en personas potencialmente infecciosas, que diseminarán el virus pensando que están sanos. Hacer pruebas de antígeno generalizadas a personas sin síntomas puede hacer más daño que beneficio. Además, el coste de oportunidad es muy importante al poder usarse esos fondos en otras necesidades importantes. En todo caso, el uso masivo de estas pruebas en personas asintomáticas baja radicalmente la proporción de test de antígenos positivos sobre el total de pruebas realizadas, obteniendo en consecuencia una disminución de los resultados positivos del conjunto de las PDIA y por tanto alterando uno de los indicadores nacionales de seguimiento de la pandemia, “Positividad global de las PDIA por semana”.

También debemos destacar que hemos encontrado, en los datos de “situación de la infección por coronavirus en la Comunidad de Madrid” que publica la administración autonómica en su Web, llamativos retrasos en la publicación diaria de personas diagnosticadas, que según los casos oscilan

7. CONCLUSIONES OBSERVATORIO ACTUAR COVID **SEMANA DEL 7 AL 13 DE NOVIEMBRE (Cont.):**

entre un 25 y un 40% de casos que se contabilizan varios días después, distorsionando significativamente la comparación entre la situación actual y las semanas o meses anteriores.

La falta de un sistema de información nacional de carácter homogéneo sigue siendo un problema para la gestión de la pandemia.

Debemos insistir que, aunque se detectan mejoras en algunos indicadores, la situación sigue siendo muy grave. No podemos decir que las cosas van bien y poner a la Comunidad de Madrid como ejemplo, cuando esta semana han fallecido, sólo en hospitales y con los retrasos comentados, 197 personas. Además, todos los parámetros superan ampliamente todos los rangos de gravedad señalados en las “Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19” de España, del Consejo Europeo y del Centro Europeo para el Control de Enfermedades (ECDC): una IA/14 días menor de 25 / 100.000 habitantes, menos del 2 % camas de agudos ocupadas, menos del 5 % camas ocupadas en UCI y menos del 4 % de positivos de pruebas PCR.

La pandemia continúa teniendo un impacto muy negativo en la población y sigue produciendo un número inaceptable de fallecimientos que serían evitables. La sobrecarga de la Atención Primaria, la ocupación de las camas hospitalarias y de las UCIs por pacientes COVID muestran el enorme impacto que sigue teniendo la pandemia para atender otros problemas de salud.

Aunque se aprobara una vacuna que fuera eficaz seguiría siendo necesario completar las medidas recomendadas en el Decálogo Actuar Covid para superar esta pandemia y estar preparados para futuras crisis de salud.

8. RECOMENDACIONES

MIENTRAS NO SE COMPLETE LA DOTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA Y EN SALUD PÚBLICA ESTE GRAVE PROBLEMA DE SALUD NO SE RESOLVERÁ.

Una semana más debemos insistir en las recomendaciones que permitirían prevenir y reducir los contagios y, además, posibilitarían ampliar la actividad económica y social (movilidad) teniendo bajo control la expansión del virus. Estas medidas se deberían implementar con carácter urgente, aprovechando los recursos transferidos por el Gobierno de España para afrontar esta crisis, más que suficientes para 12 meses, y los recursos de la Unión Europea que, previsiblemente, se asignarán para los años 2021-2023.

- Contratar de inmediato 2.200 profesionales más en Atención Primaria (10% de déficit y 7% de vacantes no cubiertas). Deben ser contratos estructurales, de larga duración y con perspectivas de continuidad. Abrir todos los Centros y servicios de Atención Primaria cerrados.
- Completar la plantilla hospitalaria cubriendo las bajas y reforzar los servicios que lo necesiten. Abrir todas las camas cerradas y NO reducir aún más el personal de los hospitales y los Centros de Salud para dotar el nuevo Hospital Enfermera Isabel Zendal, que deberá contar con su propio personal. Garantizar que se respeten los circuitos Covid, dotando a los hospitales de medios suficientes.
- Contratar 2.000 rastreadores adicionales (al menos 30/100.000 habitantes), con el siguiente perfil: **profesionales formados para el proceso de detectar, evaluar y decidir qué hacer con las personas que se han expuesto a la enfermedad a fin de evitar que la transmisión continúe, utilizando un método sistemático definido.** Estos profesionales deberán integrarse en las plantillas de Salud Pública y estar coordinados con los Centros de Salud. Deben tener formación específica adecuada. Y tienen que tener una vinculación indefinida (el control de esta pandemia va a necesitar tiempo, y hemos de prepararnos para futuras pandemias).

8. RECOMENDACIONES (Cont.)

- Completar y agilizar los medios para garantizar aislamiento de personas afectadas y cuarentena de contactos para todos los centros de salud (alojamientos, apoyo económico, etc.). Para poder hacer efectivo los aislamiento y cuarentenas es preciso contar con un paquete de medidas de apoyo social y económico a las personas afectadas, que les permitan hacer frente a la situación.
- Mantener el stock de EPI en todos los centros de salud, y completar la dotación en todos los Centros (calzas, mascarillas FFP2, etc.).
- Mantener suministro suficiente de tests, PCR, antígenos, etc.
- Prevenir los brotes en las residencias de mayores (realización de tests a los profesionales y, en su caso a los residentes; equipos de protección suficientes; formación de profesionales, aislamiento de casos, etc.). Identificar al cuidador principal de cada residente, que se considerará un socio esencial en las tareas de cuidados. En consecuencia, el cuidador principal debe tener derecho a frecuencia y duración ilimitada de visitas y estar sujeto a los mismos protocolos de prevención y control de infecciones que se aplican a los trabajadores de la residencia.
- Reforzar los sistemas de información, especialmente en los datos referidos a las residencias de mayores, manteniendo la homogeneidad de datos y parámetros, y facilitar a los profesionales el acceso a los mismos para la mejor toma de decisiones.
- Desarrollar una política de información a la población objetiva y coherente, que genere confianza.

9. RED DE VIGILANCIA DEL OBSERVATORIO ActuarCOVID

Este Informe Semanal del Observatorio ActuarCOVID es posible gracias a la colaboración de varias asociaciones representativas del sector socio sanitario madrileño (1) y la labor encomiable de una red de profesionales de los propios centros sanitarios que colaboran semanalmente reportando la información de sus centros.

(1) AETSYS, AFEM, AMASAP, AME, AP se Mueve. FADSP, MATS, Plataforma de Centros de Salud, Sanitarios Necesarios, Plataforma SAR Madrid, Salvemos el hospital de Móstoles, SEMAP y SOMAMFYC