

Journal Pre-proof

ATENCION PRIMARIA Y RESIDENCIAS DE ANCIANOS: A PROPOSITO DE LA COVID-19

Emilio Blanco

PII: S1138-3593(20)30195-7

DOI: <https://doi.org/doi:10.1016/j.semereg.2020.06.003>

Reference: SEMERG 1573

To appear in: *Medicina de Familia. SEMERGEN*

Received Date: 3 June 2020

Accepted Date: 4 June 2020

Please cite this article as: Blanco E, ATENCION PRIMARIA Y RESIDENCIAS DE ANCIANOS: A PROPOSITO DE LA COVID-19, *Medicina de Familia. SEMERGEN* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2020.06.003>

This is a PDF file of an article that has undergone enhancements after acceptance, such as the addition of a cover page and metadata, and formatting for readability, but it is not yet the definitive version of record. This version will undergo additional copyediting, typesetting and review before it is published in its final form, but we are providing this version to give early visibility of the article. Please note that, during the production process, errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

© 2020 Published by Elsevier.



EMILIO BLANCO emblatar@gmail.com

Centro de Salud Periurbana Norte. Salamanca

ATENCION PRIMARIA Y RESIDENCIAS DE ANCIANOS: A PROPOSITO DE LA COVID-19

Resumen

Las residencias de ancianos han sido especialmente golpeadas durante la crisis por la actual pandemia por COVID-19. En el momento de redactar este artículo son más de 17.500 los ancianos que fallecieron por coronavirus y que vivían en residencias, más de un 66% de las defunciones. Las tasas de contagio y letalidad en la población institucionalizada son altas por la avanzada edad y deficitario sistema inmune, la presencia de comorbilidades, porque se trata personas frágiles, porque conviven con otros residentes y cuidadores en una institución cerrada y la transmisibilidad es fácil en un contexto de alta contagiosidad y virulencia del virus. Las personas de edad avanzada presentan con mayor frecuencia las formas más graves de la enfermedad. Las presentaciones atípicas son más frecuentes en ancianos y puede retrasar el diagnóstico. La prueba de “Reacción en Cadena de la Polimerasa” (PCR) en los primeros 7 días para la detección de RNA viral del SARS-CoV-2 se considera “Gold standard”. Los criterios de derivación a un centro hospitalario desde los centros residenciales deberían tener en cuenta una valoración de la comorbilidad, la gravedad, la presencia de deterioro cognitivo grave y la dependencia o la necesidad de soporte ventilatorio en pacientes graves. Los centros sociosanitarios deben disponer de planes de contingencia para ofrecer una respuesta ante aparición de casos de COVID-19. El aislamiento durante las pandemias puede tener importantes consecuencias físicas y psicosociales en los residentes. Durante la pandemia del COVID-19 se han puesto en evidencia carencias importantes en el actual modelo residencial.

Palabras clave; COVID-19, Residencias

PRIMARY CARE, RESIDENTIAL HOMES FOR THE ELDERLY, AND COVID-19

Abstract

Rest homes for the elderly have been particularly hit during the crisis due the current COVID-19 pandemic. At the time of writing this article, more than 17,500 elderly people that lived in Care Homes have died due to coronavirus, more than 66% of the deaths. The infection and mortality rates in the institutionalised population are high. This is due to the advanced age, immune system deficit, and the presence of comorbidities, as well as because there are frail, because they live with other residents and carers in a closed institution, and transmission is easy in the context of a highly contagious and virulent virus. The elderly often have more severe forms of the disease. Atypical presentations are more frequent in the elderly and can delay the diagnosis. The Polymer Chain Reaction (PCR) test in the first 7 days for the detection of SARS-CoV-2 viral RNA is considered the test of reference (“Gold standard”). The criteria for referring to a hospital site from Care Homes should take into account an assessment of comorbidity, the severity, the presence of severe cognitive impairment, and the dependency or necessity of ventilatory support in seriously ill patients. The social-health centres should have contingency plans available in order to offer a response when cases of COVID-19 appear. Isolation during pandemics may have important physical and psychosocial consequences in the residents. During the COVID-19 pandemic it has been shown that there have been significant failures in the current care home model.

Key words: COVID-19, Care Homes

PREAMBULO

Las residencias de ancianos han sido especialmente golpeadas durante la crisis por la actual pandemia por SARS-Cov-2, denominada COVID-19 (Coronavirus Infectious Disease -19). En nuestro país existen en la actualidad 5.358 centros residenciales con una disponibilidad de 372.985 plazas. La comunidad autónoma con un mayor número de centros es Cataluña, le sigue Castilla y León. Un 51,4% de las plazas residenciales lo son en centros con una disponibilidad igual o mayor de 100 plazas. Un 72,8% del total de centros residenciales son de titularidad privada. La ratio de plazas residenciales en mayores de 65 años es del 19,3% siendo la más alta Castilla y León con un 25,4% seguido de Galicia con un 25,2%¹. En el momento de redactar este artículo son más de 17.500 los ancianos que fallecieron por coronavirus y que vivían en residencias, más de un 66% de los fallecidos.

EPIDEMIOLOGIA

En España, hasta el momento se han notificado un total de 233.037 casos confirmados de COVID-19 y 27.940 fallecidos. Un 86% de los fallecidos tenía más de 70 años. Las tasas de letalidad en el tramo de edad de 80 a 89 años fueron del 21,2% de casos confirmados y en mayores de 90 años del 22,2%. Por sexo en mujeres fueron del 16,4 y del 19,1% respectivamente y en hombres del 28,4 y del 31,3%.^{2, 3}

En un trabajo chino la tasa de letalidad fue del 18,8 % de los pacientes mayores de 80 años. En este trabajo las comorbilidades más comunes fueron la hipertensión (48,8 %), cardiopatía coronaria (16,1 %), EPOC (29,0 %), diabetes (9,7 %) y enfermedad cerebrovascular (6,5 %)⁴. Otro trabajo publicaba una tasa de letalidad del 2,3% en población general, del 8,0 % y el 14,8 % en pacientes de entre 70 y 79 años y mayores de 80 años, respectivamente.⁵

Hay pocos estudios observacionales en residencias. En un trabajo realizado en USA en 101 residentes con COVID-19 confirmado la tasa de letalidad fue del 33,7%. La media de edad fue de 83 años. comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (67,3%), enfermedad cardíaca (60,4%), enfermedad renal (40,6%), diabetes mellitus (31,7%), obesidad (30,7%), enfermedad pulmonar (31,7%), cáncer (14,9%).⁶

Las tasas de contagio y letalidad en la población institucionalizada son altas por las siguientes razones^{7, 8}:

*la avanzada edad y deficitario sistema inmune

*por las comorbilidades, siendo las más frecuentes hipertensiones arterial, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus, EPOC, insuficiencia renal crónica y cáncer

*porque se trata en su mayoría de personas frágiles, dependientes y con deterioro cognitivo y/o déficits de comunicación

*porque conviven con otros residentes y cuidadores en una institución cerrada y la transmisibilidad es fácil en un contexto de alta contagiosidad y virulencia del virus. Cuando se produce un caso en una institución geriátrica la transmisión puede ocurrir de una manera muy rápida.

ASPECTOS CLINICOS

Se considera caso sospechoso de infección por SARS-CoV-2 a “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 atípicos 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”.

Los síntomas más frecuentes son la fiebre (72,8%), tos (68,9%) y disnea (47,4%). La complicación más frecuente es la neumonía (53,8%) y el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) (6,8%). Los hombres presentan una mayor prevalencia de fiebre y disnea, mientras que el dolor de garganta y la clínica digestiva son significativamente más frecuentes en mujeres.⁹

Las personas de edad avanzada son vulnerables y presentan con mayor frecuencia las formas más graves de la enfermedad. La ausencia de fiebre no descarta el diagnóstico.¹⁰

En una revisión de estudios observacionales todos los pacientes mayores tenían un peor pronóstico y la tasa de mortalidad era más del doble en los mayores de 65 años. Los varones observados tienen un pronóstico peor. Se notificaron comorbilidades para predecir peores resultados como el índice de masa corporal (IMC), hipertensión arterial, diabetes, EPOC, cardiopatía coronaria y cáncer. Además, los pacientes con dos o más comorbilidades tienen un peor pronóstico.¹¹

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la que presenta mayor prevalencia entre los pacientes de COVID-19 hospitalizados. El 60% padecían una ECV¹². La edad es un factor de riesgo cardiovascular y de deterioro progresivo de la capacidad del sistema inmunitario; por otro, alteraciones en la respuesta inmunitaria se han asociado con una mayor prevalencia de ECV.¹⁰

También la infección se asocia con manifestaciones cardiovasculares como miocarditis, derrame pericárdico y arritmias con mayor frecuencia en aquellos con mayor gravedad de la enfermedad. Las personas infectadas por el coronavirus tienen además un mayor riesgo de padecer enfermedad tromboembólica venosa y embolismo pulmonar.¹³

La diarrea puede preceder a los síntomas respiratorios¹⁴. Las presentaciones atípicas como cambios comportamentales, inestabilidad y caídas son más frecuentes en ancianos. En ocasiones una caída y una fractura de cadera como motivos de ingreso en un hospital detectaron el COVID. La inespecificidad en la presentación clínica del COVID en personas mayores puede retrasar el diagnóstico. Es muy importante que los cuidadores conozcan estas manifestaciones para alertar de manera inmediata a los servicios sanitarios.

La ageusia y anosmia, cuando se trata de ancianos con capacidad cognitiva suficiente pueden ser reconocidas, pero si se trata de paciente con déficit previos de comunicación (sordera, ceguera) o cognitivos graves probablemente la inapetencia puede ser un síntoma precoz.

Otros síntomas atípicos como la odinofagia, mialgias, dolor torácico o cefaleas son síntomas dolorosos agudos cuya expresión no será verbalizada por quienes presentan déficits cognitivos graves o limitaciones sensoriales. Para poder inferir la intensidad del dolor los componentes que se tendrán en cuenta son los siguientes.¹⁵

- La expresión facial, que puede mostrar tristeza, enfado, “susto”, o tiene el ceño fruncido
- Movimientos corporales, se le advierte rígido, tenso, inquieto o muy sensible

- Verbalizaciones, porque suspira, gime, pide ayuda, está muy reclamante
- Estatus mental, porque grita, está muy confuso, está irritable, o muy agitado
- Comportamiento en sus interacciones, porque está agresivo, combativo, con menos interacción social, muy inapropiado socialmente
- Cambios en las rutinas, que son muy importante si son repentinos, por ejemplo, rechaza comer, está más parado, el sueño está alterado, vagabundea

En la FIGURA 1 se presenta la adaptación y validación de la versión española de la escala de evaluación de dolor en demencia avanzada, PAINAD.¹⁶

Las lesiones cutáneas también pueden presentarse en el COVID. En un estudio español observacional multicéntrico las lesiones más frecuentes observadas en un 47% de los casos son las máculo-papulosas. Las lesiones urticariformes, principalmente en el tronco, se registraron en el 19% de los casos y son muy pruriginosas. Se observaron en pacientes más graves y con frecuencia al mismo tiempo que otros síntomas. Las lesiones vesiculosas aparecen en un 9% de los casos, en ocasiones se localizan en extremidades y pueden tener contenido hemorrágico. Este tipo de lesiones en un 15% de los casos pueden preceder a la clínica. Las lesiones menos frecuentes, pero más graves se encontraron en un 6% de los casos y hay obstrucción vascular como la “livedo reticularis” y la necrosis y se vieron en los pacientes de más edad más graves y que presentaban más casos de neumonía y que llegaron a tener hasta un 10% de mortalidad. Hay que pensar también que en algunos casos estas lesiones podrían estar causadas por los fármacos que han recibido para el tratamiento.¹⁷

Se dispone de datos limitados sobre las tasas de delirium en la infección por COVID-19, aunque el riesgo ha sido identificado por la OMS y la Sociedad Británica de Geriátrica (BGS) que han elaborado directrices específicas en este contexto. El delirium o síndrome confusional agudo es importante en el contexto de COVID-19, porque puede ser un síntoma en la presentación y/o durante el manejo, y porque los cambios de comportamiento comúnmente observados en particular la agitación, pueden dificultar el diagnóstico en pacientes con deterioro cognitivo.¹⁸

DIAGNOSTICO

A. “REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA” (PCR)

La prueba de “Reacción en Cadena de la Polimerasa” (PCR) en los primeros 5-7 días para la detección de RNA viral del SARS-CoV-2 se considera la de mayor fiabilidad y es “gold standard” en el diagnóstico para detectar enfermedad aguda. La toma se debe realizar en exudado nasofaríngeo preferiblemente. La mala calidad de la muestra, o la recogida en etapas muy precoces o tardías o problemas de manejo pueden explicar falsos negativos, y en la práctica clínica se reporta que la sensibilidad es del 60-70%. No hay estudios en los que la sensibilidad de PCR se viera afectada por la edad.

B. TEST SEROLOGICOS

Los test serológicos de detección de anticuerpos permiten la posibilidad de detectar tanto enfermedad activa como enfermedad pasada ya resuelta y posible inmunidad. Existen dos tipos, los que detectan anticuerpos totales (no diferencian tipo de anticuerpos) y los de IgM/IgG que diferencian entre ambos. Varios estudios poblacionales de gran tamaño han demostrado una baja sensibilidad en los primeros 5-7 días de la enfermedad, aumentando a medida que la enfermedad avanza hasta resultados positivos de 90-100% entre 12 y 20 días

desde el inicio de los síntomas. En residencias sin casos activos se realizará un cribado a todos los residentes mediante la realización de un test serológico. Actualmente no hay estudios que examinen la sensibilidad o dinámica de las pruebas serológicas para COVID-19 en poblaciones mayores en entornos hospitalarios o comunitarios. En la FIGURA 2 se expone las interpretaciones de los diferentes test en función de los resultados.^{19,20}

C. PRUEBAS ANALITICAS

En la analítica se advierte linfocitopenia grave como hallazgo hematológico más frecuente en pacientes críticos, sobre todo de edad avanzada. También es frecuente, y se relaciona con mal pronóstico, la elevación de dímero D, lactato deshidrogenasa y ferritina.

D. DIAGNOSTICO POR IMAGEN

El hallazgo radiológico más frecuente en la radiografía de tórax son las opacidades en vidrio deslustrado bilaterales, y las imágenes habituales en TAC de pacientes en UCI muestran áreas de consolidación lobulares y subsegmentarias bilaterales múltiples. El TAC será también útil en el ingreso cuando se sospeche un TEP.

TRATAMIENTO

Actualmente, pese a la existencia de numerosos ensayos clínicos en marcha en España y en el resto del mundo, no existe evidencia procedente de ensayos clínicos controlados que permitan recomendar un tratamiento específico para tratar la enfermedad COVID-19. Los tratamientos disponibles son fármacos ya autorizados en otras indicaciones e incluso de nuevo desarrollo que aún no cuentan con la correspondiente aprobación de las agencias sanitarias, pero que, en el marco de la emergencia sanitaria, han sido autorizados como uso compasivo. Los datos actuales sobre la eficacia hoy en día son parciales, preliminares e incluso in vitro, y a menudo contradictorios.²¹

Se ha demostrado un riesgo real de “edadismo” en la cartera actual de ensayos intervencionistas COVID-19, casi el 40% de los estudios excluyen a las personas mayores de 75 años. Hay que reivindicar la participación de las personas mayores en los ensayos clínicos, especialmente las que tienen comorbilidades.¹¹

Paracetamol es el analgésico y antitérmico de elección en ancianos. Es necesario aclarar que no hay evidencia sólida que avale que la toma de ibuprofeno empeore la evolución de la COVID-19²². La administración de cualquier tipo de AINE en ancianos debe tener en cuenta las precauciones por riesgo gastrointestinal y cardiovascular, así como la toxicidad renal.

Respecto al uso de corticoides pueden utilizarse en la fase inflamatoria (a partir 6-7º día) en los que persistan síntomas (fiebre, astenia muy acusada, disnea), marcadores inflamatorios elevados (PCR, ferritina, IL-6, dímero D, LDH, troponina), infiltrados pulmonares, Sat O₂ < 93% o FR > 30 rpm. Puede utilizarse metilprednisolona 1-2 mg/kg durante 5 días en dos dosis y 0,5 mg/kg durante otros 5 días. Hay que tener en cuenta que la fase inflamatoria en ancianos puede ser precoz. La administración de metilprednisolona reduce el riesgo de muerte en los pacientes con SDRA.²³

En las recomendaciones de autoridades sanitarias la administración de antibióticos puede estimarse cuando hay riesgo o existe coinfección bacteriana. La administración de agentes broncodilatadores con cámara espaciadora individual es importante cuando hay tos

persistente o disnea. Puede utilizarse bromuro de ipratropio hasta 2-4 inhalaciones cuatro veces al día solo o asociado a salbutamol 2 inhalaciones también hasta cuatro veces al día.

La oxigenoterapia está indicada en pacientes con clínica respiratoria moderada grave (SpO₂ <90-92%). Se administrará oxígeno preferiblemente con mascarilla con filtro de exhalado (preferible a gafas) hasta 8 l/min. Si no mantiene saturación por encima de 90% se debe pasar a mascarilla con reservorio al 100% (15 litros/min). Si no hay mejoría (< de 90% de SpO₂), hay que valorar la posibilidad de ventilación mecánica no invasiva (CPAP). La pronación puede estar recomendada en pacientes con SatO₂ < 90% con Oxígeno al 60% (mascarilla con filtro o gafas).²⁴

El SARS-CoV-2 puede predisponer a los pacientes a sufrir enfermedad trombotica debido a una inflamación excesiva, activación plaquetaria, disfunción endotelial y estasis. Es por ello que, además se ha de instaurar de forma precoz tratamiento antitrombótico en todos los pacientes con sospecha o infección confirmada, valorando en todo momento el riesgo de sangrado y contraindicaciones al uso de heparina de bajo peso molecular (HBPM). En el caso de pacientes con sospecha o infección confirmada se administrará de forma precoz tratamiento profiláctico con HBPM (Enoxaparina 4.000 UI (40 mg) vía s.c. una vez al día, si ClCr entre 15-30 ml/min o Enoxaparina 2.000 UI (20mg) vía s.c. una vez al día). No se recomienda si ClCr < 15 ml/min. Cuando hay alto riesgo de trombosis o sospecha de TEP, podrán instaurarse dosis terapéuticas. En el caso de pacientes con anticoagulación oral previa, se debe suspender y pasar a HBPM a dosis terapéuticas ajustadas a peso y función renal.^{25,26}

Un reciente trabajo multicéntrico observacional que incluye el mayor número de pacientes publicado hasta la fecha no encuentra evidencia de beneficio de hidroxicloroquina o cloroquina cuando se usa sola o con un macrólido. Aunque se trata de estudios observacionales con posibles sesgos los hallazgos sugieren no sólo la ausencia de beneficios terapéuticos, sino también una disminución de la supervivencia hospitalaria y una mayor frecuencia de arritmias ventriculares cuando se utilizan para el tratamiento con el uso de hidroxicloroquina o regímenes farmacológicos de cloroquina (con o sin macrólido) en pacientes hospitalizados con COVID-19²⁷. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha anunciado la suspensión de los ensayos clínicos en marcha con estos fármacos.

La administración de otros fármacos como Lopinavir/Ritonavir, Remdesivir, Tocilizumab o Anakinra debe ser en medio hospitalario.

CRITERIOS DE DERIVACION

Los criterios de derivación a hospital deberían tener en cuenta una valoración previa de la comorbilidad, la situación de gravedad, la presencia de deterioro cognitivo grave y la dependencia o la necesidad de soporte ventilatorio en pacientes graves.

Todos los pacientes institucionalizados deberían de tener realizada una “valoración geriátrica integral” (VGI). La “valoración geriátrica integral” (VGI) integra la evaluación de las esferas clínica, funcional, nutricional, mental y social, para elaborar de esta manera una estrategia multidisciplinar de intervención²⁸

Para la evaluación de una derivación pueden utilizarse escalas como las siguientes:

*Índice de Barthel, instrumento que evalúa la dependencia funcional para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Inferior a 60 es una dependencia moderada y es grave cuando el índice es menor de 40

*Escala de deterioro global en pacientes con demencia, "Global Deterioration Scale"(GDS), GDS 6-7 significa deterioro cognitivo grave o muy grave²⁹

*Escala de fragilidad, CFS (clinical frailty scale)(FIGURA 3)³⁰. Un "paciente geriátrico" es aquel de avanzada edad que presenta una dependencia funcional estable e irreversible y un deterioro importante de la calidad de vida. Puede corresponder a los niveles 6-9 de la CFS³¹

*Necesidad de soporte ventilatorio en pacientes graves y que pudieran precisar ventilación mecánica no invasiva (CPAP)

Deben considerarse en la decisión comorbilidades como enfermedad oncológica con Karnofsky inferior a 50, y/o alteración nutricional asociada a proceso terminal, enfermedad pulmonar grave, insuficiencia cardíaca (IC), presentando disnea en reposo o de mínimo esfuerzo, arritmias refractarias o de difícil control y síntomas persistentes, enfermedad renal muy grave, con y manifestaciones clínicas de uremia, diuresis inferiores a los 400cc/día y sobrecarga de fluidos intratable y enfermedad hepática, pacientes catalogados C mediante la escala de Child-Pugh

La atención paliativa excedería el propósito de este capítulo. La edad biológica no debería ser un criterio para la limitación del esfuerzo terapéutico. Es muy importante pedir si existe un documento de voluntades anticipadas y se debe facilitar siempre el contacto de los pacientes con sus familias.

MEDIDAS DE CONTENCIÓN

Las medidas de contención deben tener en cuenta los planes de contingencia, la sectorización y aislamientos, que medidas hay que tomar ante la aparición de un caso y cuales con los trabajadores del centro³³⁻³⁸

A. PLANES DE CONTINGENCIA

Los centros sociosanitarios deben disponer de planes de contingencia adaptados a las características de cada centro que sirvan para ofrecer una respuesta ante aparición de casos de COVID-19. En un plan debe constar:

1. Una descripción de infraestructuras y posibilidad de sectorización
2. Que equipo presta atención sanitaria y a que zona de salud pertenece el centro
3. Situación actual de los residentes
4. Recursos humanos disponibles
5. Que equipos de protección individual hay
6. El material higiénico sanitario necesario y circuitos de retirada de residuos

B. AISLAMIENTOS Y RECOMENDACIONES DE SECTORIZACIÓN

Una zona de aislamiento es una zona independiente de la residencia adaptada a personas dependientes, sin mezcla de circulaciones y con una delimitación y acceso claro y controlado:

- a) El área no será un lugar de paso a otras zonas. Se puede aprovechar la sectorización contra incendios, pero no es imprescindible.
- b) Se debe disponer de vestuario para el personal para retirada de EPI. Si es posible se destinará una habitación para office limpio y sucio.
- c) Los residentes en aislamiento deberán permanecer preferentemente en una habitación individual con buena ventilación o si hubiera más de un caso podría hacerse un "aislamiento de cohortes"
- d) En el caso de que las condiciones del centro lo permitan, es preferible el aislamiento vertical o por plantas

C. MEDIDAS ANTE LA APARICION DE UN CASO:

Ante un caso confirmado se considerará que existe un brote en la institución. Se suspenderán las actividades grupales y se considerará la posibilidad de servir los alimentos en las habitaciones de los residentes. Se clausurarán las zonas comunes, aunque en casos excepcionales podría plantearse la organización de turnos. Los residentes se clasifican de la siguiente manera:

- a) Residentes sin síntomas y sin contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19
- b) Residentes sin síntomas, en aislamiento preventivo por contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19. Aislamiento en habitación individual.
- c) Residentes con síntomas compatibles con el COVID-19. Aislamiento en habitación individual o compartida con otro caso sintomático compatible.
- d) Casos confirmados de COVID-19. Aislamiento en habitación individual o compartida con otro caso sintomático confirmado.

D. MEDIDAS PARA TENER EN CUENTA EN LOS TRABAJADORES:

- I. Se aplicarán medidas de cohorte para el personal hasta la finalización del brote. No se deberían producir rotaciones.
- II. Es necesario realizar test a todos los trabajadores
- III. Los trabajadores de un centro residencial que presenten sintomatología de una posible infección respiratoria no deben acudir al centro.
- IV. Todos los trabajadores deberán disponer de las medidas de protección adecuadas.

CUESTIONES ETICAS DURANTE LA PANDEMIA

El aislamiento durante las pandemias puede tener importantes consecuencias físicas y psicosociales en los residentes, particularmente si se extienden por un largo periodo. La soledad se ha asociado con deterioro de la función cognitiva. Los datos de los supervivientes del SDRA y la gripe A grave (H1N1) que se han manejado en entornos de cuidados intensivos sugieren que la disfunción cognitiva y las secuelas psicológicas negativas, incluido el trastorno de estrés postraumático, la ansiedad y la depresión en pacientes y familias, son comunes³⁹

A la soledad por el aislamiento hay que añadir la incredulidad, cambios de cuidadores y habitaciones o traslados sin acompañamiento. Se ha advertido un mayor número e intensidad de las alteraciones conductuales que han hecho volver a recurrir a las sujeciones mecánicas o reintroducir o en su caso reajustar la contención farmacológica.

Durante la pandemia del COVID-19 se han puesto en evidencia carencias muy importantes en el actual modelo residencial y problemas de coordinación entre las administraciones implicadas. En las primeras semanas hubo problemas en la atención sanitaria, falta de criterios orientativos de derivación a hospitales, problemas de distribución de fármacos de uso hospitalario y de solicitudes de dispositivos de oxigenoterapia, escasez de medios de protección, no había test diagnósticos, problemas de coordinación de equipos de geriatría, atención primaria y personal sanitario propio de residencias, falta de integración de servicios sanitarios y sociales y problemas de comunicación e información a familiares.

Se hace necesario reflexionar y reivindicar un nuevo modelo residencial desde un enfoque de atención centrada en la persona que procure la integración de los servicios sanitarios y sociales, reconsiderar las ratios de personal de atención directa en las residencias y personal sanitario propio de acuerdo con la disponibilidad de plazas y disponer que la atención primaria debe tener un papel esencial en la atención sanitaria y ser capaz de coordinarse con el personal propio de residencias y con los dispositivos de geriatría del hospital, esta propuesta es inviable si no se destinan recursos o reordenan en otros casos⁴⁰

CONCLUSIONES

- *Las tasas de contagio y letalidad en la población institucionalizada son altas por la avanzada edad y deficitario sistema inmune, comorbilidades, porque son frágiles y conviven con otros residentes y cuidadores y la transmisibilidad es fácil en un contexto de alta contagiosidad y virulencia del virus.
- *Las personas de edad avanzada presentan con mayor frecuencia las formas más graves. Las presentaciones atípicas son más frecuentes en ancianos y puede retrasar el diagnóstico.
- * La prueba de "Reacción en Cadena de la Polimerasa" (PCR) en los primeros 5-7 días para la detección de RNA viral del SARS-CoV-2 se considera ideal para detectar enfermedad aguda.
- *Los criterios de derivación desde los centros residenciales deberían tener en cuenta la comorbilidad, la gravedad, la presencia de deterioro cognitivo grave y la dependencia o la necesidad de soporte ventilatorio
- *Los centros sociosanitarios deben disponer de planes de contingencia para prevenir y ofrecer una respuesta ante aparición de casos de COVID-19.
- * El aislamiento durante las pandemias puede tener importantes consecuencias físicas y psicosociales en los residentes
- *Durante la pandemia del COVID-19 se han puesto en evidencia carencias muy importantes en el actual modelo residencial y problemas de coordinación entre las administraciones.

BIBLIOGRAFIA

1. Abellán García, Antonio; Aceituno Nieto, María del Pilar; Ramiro Fariñas, Diego (2019). "Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de abril de 2019". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 24, 24 p.[Fecha de publicación: 31/10/2019].
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2019.pdf> Fecha de descarga 10/5/2020
2. Actualización nº 114. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 23.05.2020 (datos consolidados a las 15:00 horas del 23.05.2020) SITUACIÓN EN ESPAÑA. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias
https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_114_COVID-19.pdf
3. Informe nº 32. Situación de COVID-19 en España a 21 de mayo de 2020. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII)
<https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/>
4. Niu S, Tian S, Lou J, Kang X, Zhang L, Lian H, Zhang J. Clinical characteristics of older patients infected with COVID-19: A descriptive study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2020 Apr 10;89:104058. doi: 10.1016/j.archger.2020.104058. Epub ahead of print. PMID: 32339960
5. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA.* 2020;323(13):1239–1242. doi:10.1001/jama.2020.2648
6. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogosjans S, Kay M, et al. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. *N Engl J Med.* 2020 Mar 27; NEJMoa2005412. doi: 10.1056/NEJMoa2005412. Epub ahead of print. PMID: 32220208
7. Fallon A, Dukelow T, Kennelly SP, O'Neill D. COVID-19 in Nursing Homes. *QJM.* 2020 Apr 20:hcaa136. doi: 10.1093/qjmed/hcaa136. Epub ahead of print. PMID: 32311049
8. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *N Engl J Med.* DOI: 10.1056/NEJMoa2008457
9. Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de covid-19, indicadores de seguimiento" actualizado a 12 de mayo de 2020. Ministerio de Sanidad
10. Bonanad C, García-Blas S, Tarazona-Santabalbina FJ, Díez-Villanueva P, Ayesta A et al. Coronavirus: la emergencia geriátrica de 2020. Documento conjunto de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, *Revista Española de Cardiología* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.03.027>
11. Lithander F, Neumann S, Tenison E, Lloyd K, Welsh T et al. COVID-19 in Older People: A Rapid Clinical Review, Age and Ageing, , afaa093, <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa093> Downloaded from <https://academic.oup.com/ageing/advance-article-abstract/doi/10.1093/ageing/afaa093/5831205> by guest on 16 May 2020
12. Informe nº 32. Situación de COVID-19 en España a 21 de mayo de 2020. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII)

13. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020
14. Luo S, Zhang X, Xu H. Don't overlook digestive symptoms in patients with 2019 novel coronavirus disease (COVID-19). *Clin Gastroenterol Hepatol* 2020. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1542356520304018>
15. Hadjistavropoulos T, Herr K, Prkachin KM, Craig KD, Gibson SJ et al. Pain assessment in elderly adults with dementia. *Lancet Neurol*. 2014 Dec;13(12):1216-27. doi: 10.1016/S1474-4422(14)70103-6. Epub 2014 Nov 10. PMID: 25453461
16. García-Soler A, Sánchez-Iglesias I, Buiza C, Alaba J, Navarro A, Arriola E, et al. Adaptación y validación de la versión española de la escala de evaluación de dolor en personas con demencia avanzada: PAINAD-Sp. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49(1):10–14
17. Galván Casas C, Català A, Carretero Hernández G, Rodríguez-Jiménez P, Fernández Nieto D et al. Classification of the cutaneous manifestations of COVID-19: a rapid prospective nationwide consensus study in Spain with 375 cases. *Br J Dermatol*. 2020 Apr 29. doi: 10.1111/bjd.19163. [Epub ahead of print]
18. British Geriatrics Society. COVID-19: Managing the COVID-19 pandemic in care homes for older people. Good practice guide. www.bgs.org.uk/COVID-19
19. Guía breve para la utilización de test diagnósticos para infección COVID-19 en Castilla y León. Basado en el documento “Guía para la utilización de test diagnósticos para Covid-19” del Ministerio de Sanidad (24/04/2020). Actualizado a 4 de mayo de 2020
20. Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de covid-19. Indicadores de seguimiento. Ministerio de sanidad. Actualizado a 6 de mayo de 2020
21. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Tratamientos disponibles para el manejo de la infección respiratoria por SARS-CoV-2 [Consultado el 24-05-2020]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/laAEMPS/docs/medicamentos-disponibles-SARS-CoV-2-22-5-2020.pdf?x71164i>
22. EMA gives advice on the use of non-steroidal anti-inflammatories for COVID-19. 18 March 2020. EMA/136850/2020
23. Wu C, Chen X, Cai Y, Xia J, Zhou X, Xu S, et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med*. 2020 Mar 13;1–10.
24. Atención a pacientes institucionalizados y vulnerables en domicilio en estado de pandemia COVID-19 y ayuda a la toma de decisiones. Dirección técnica de Planificación, Atención Primaria y Derechos de los Usuarios. Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud. Actualizado a 15 de mayo de 2020
25. Paranjpe I, Fuster V, Lala A, Russak A, Glicksberg BS et al. Association of Treatment Dose Anticoagulation with In-Hospital Survival Among Hospitalized Patients with COVID-19. *J Am Coll Cardiol*. 2020 May 5;S0735-1097(20)35218-9. doi: 10.1016/j.jacc.2020.05.001. Epub ahead of print. PMID: 32387623
26. Bikdeli B, Madhavan M, Jimenez D, Chuich T, Dreyfus I, Driggin E, et al. COVID-19 and Thrombotic or Thromboembolic Disease: Implications for Prevention,

- Antithrombotic Therapy, and Follow-up. *J Am Coll Cardiol*. 2020 Apr 15; S0735-1097(20)35008-7.
doi: 10.1016/j.jacc.2020.04.031
27. Mehra MR, Desai SS, Ruschitzka F, Patel AN. Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis. *Lancet* 2020; published online May 22.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31180-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31180-6).
 28. Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, Wieland D. Impact of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. *J Am Geriatr Soc*. 1991 Sep; 39(9 Pt 2):85-165
 29. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T (1982) The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatr* 139:1136–1139
 30. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005; 173(5):489-495. doi:10.1503/cmaj.050051
 31. Gómez Pavón J, Alcaraz López G, Cristoffori G, Aguado R, Ares Conde B. Concepto de fragilidad: detección y tratamiento. *Tipología del paciente anciano. Valoración geriátrica integral y criterios de calidad asistencial. Medicine* 2018; 12 (62), 3627-3636
 32. Julián-Jiménez A, Adán Valero I, Beteta López A, Cano Martín LM, Fernández Rodríguez O et al. Recomendaciones para la atención del paciente con neumonía adquirida en la comunidad en los Servicios de Urgencias. *Rev Esp Quimioter*. 2018 Apr; 31(2):186-202. Spanish. Epub 2018 Apr 5. PMID: 29619807
 33. Guía de salud pública para centros residenciales dirigida a la prevención y control de la. Infección por covid-19. Versión 07/04/2020 Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón
 34. Guía de prevención y control frente al COVID-19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial. Actualizado 24 de marzo de 2020. Ministerio de Sanidad
 35. Colaboración servicios de geriatría hospitalarios – hospitales de media estancia - residencias de mayores y centros sociosanitarios. SEGG. Actualizado a 18 de marzo de 2020
 36. Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de covid-19. Indicadores de seguimiento. Actualizado 12 de mayo de 2020. Ministerio de Sanidad
 37. Recomendaciones para el manejo de la epidemia de COVID19 en Residencias de mayores. SEGG. Actualizado a 4 de mayo
 38. Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros sociosanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 (BOE Sábado 21 de marzo de 2020)
 39. Sarah Fraser & Martine Lagacé. Ageism and COVID-19: What does our society's response say about us? Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society. Downloaded from <https://academic.oup.com/ageing/advance-article-abstract/doi/10.1093/ageing/afaa097/5831206> by guest on 16 May 2020
 40. Tarazona-Santabalbina FJ, Martínez-Velilla N, Vidán MT, García-Navarro JA. COVID-19, adulto mayor y edadismo: errores que nunca han de volver a ocurrir. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2020 Apr 29; S0211-139X(20)30059-7.
doi: 10.1016/j.regg.2020.04.001. Epub ahead of print. PMID: 32386947

FIGURA 1

Escala PAINAD

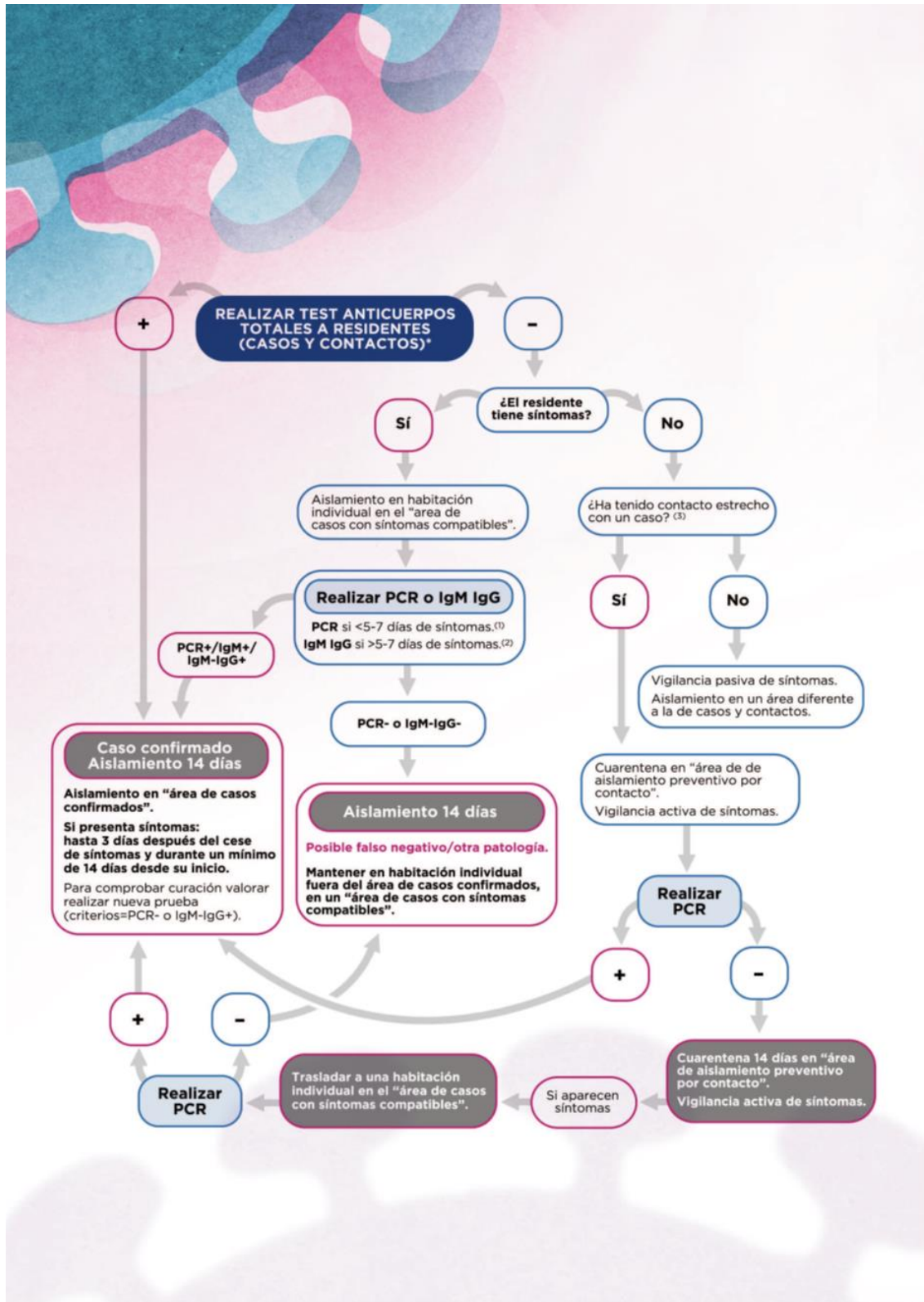
Puntuación: 0-10, dolor leve 1-3; moderado 4-6; severo 7-10

	0	1	2
Respiración	normal	Respiración ocasionalmente dificultosa. Periodos cortos de hiperventilación	Respiración dificultosa y ruidosa. Largos periodos de hiperventilación Respiración de Cheyne-Stokes
Vocalización	normal	Gemidos o quejidos ocasionales. Habla con volumen bajo o con desaprobación	Llamadas agitadas y repetitivas Gemidos y quejidos en volumen alto Llanto
Expresión facial	Sonriente o inexpresivo	Triste Atemorizado Ceño fruncido	Muecas de disgusto y desaprobación
Lenguaje corporal	Relajado	Tenso. Camina de forma angustiada. No para quieto con las manos	Rígido. Puños cerrados. Rodillas flexionadas. Agarra o empuja. Agresividad física
Consuelo	No necesita que se le consuele	Se le distrae o se le tranquiliza hablándole o tocándole	Es imposible consolarle, distraerle o tranquilizarle

Fuente: García-Soler A et al. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014

FIGURA 2










TEST DIAGNOSTICOS EN RESIDENCIAS



FUENTE: SACYL, JUNTA DE CASTILLA Y LEON

FIGURA 3

ESCALA CLINICA DE FRAGILIDAD ³⁰

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

Observaciones: En personas con demencia el grado de fragilidad se corresponde con el grado de demencia