

MODELO ASISTENCIAL COVID EN LAS RESIDENCIAS DE LA RIOJA

JULIO MOLPECERES GARCÍA DEL POZO¹

NATALIA MARTÍN BLANCO²

ANA FERNÁNDEZ-TORIJA OYÓN¹

JESÚS PÉREZ MUÑOZ¹

RAQUEL PÉREZ ZUAZO^{1*}

RESUMEN

En Marzo de 2020, la OMS declaró la Pandemia por SARS-CoV-2. Muy pronto se supo que la población que vive en residencias presentaba más casos y muertes.

En La Rioja, se crearon dos grupos especializados para la ayuda a los equipos médicos de las residencias, formados por un Geriatra y una enfermera. El apoyo estaba basado tanto en contacto telefónico como en presencia física. Estos equipos ayudaron en el manejo de casos, la toma de decisiones, facilitación de oxígeno y medicación hospitalaria y en la sectorización de la residencia según estado de riesgo de los residentes.

Este artículo muestra los resultados de ingresos hospitalarios y mortalidad en este grupo de pacientes durante la primera ola de la Pandemia. Sólo se necesitó este recurso durante la primera ola.

La Pandemia de COVID afloró problemas asistenciales y debilidades en las residencias. Es el momento de cambiar.

Palabras clave: anciano, residencia, SARSCOV2, pandemia.

In March of 2020 the WHO officially declared the COVID Pandemic of SARS-CoV-2.

Shortly after, we knew that there was going to be a great problem in nursing homes because this population was one of the most affected in both terms of cases and of deaths.

In La Rioja two specialised teams were created in order to support the medical staff in the region's nursing homes. These teams were made up of a Geriatrician and a nurse. This support was based both on phone contact and face to face meetings. These teams were helping to manage cases, make decisions, to facilitate the supply of oxygen devices and hospital drugs, and

1. Servicio de Geriatría. Hospital de La Rioja. Logroño.

* Autora de correspondencia: rperez@riojasalud.es

2. Servicio de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario San Pedro. Logroño.

the sectoring inside the nursing homes, depending on the risk category of the residents.

In this report we refer to the results of cases, the need for hospital attendance and deaths in this group of people during the first wave of the Pandemic in La Rioja.

The COVID pandemic has shown some attendance problems and weaknesses in the nursing home system. It is time to change.

Keywords: elderly, nursing home, SARS-COV-2, pandemic.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Origen de la pandemia

El 31 de diciembre del 2019, las autoridades chinas informan sobre casos de neumonía de etiología desconocida en la ciudad de Wuhan. El inicio de los síntomas del primer caso fue el 8 de diciembre del 2019. El causante del brote era una nueva especie de coronavirus denominado SARS-CoV-2, cuya secuencia genética notificaron el 12 de enero. Se denominó COVID-19 a la descripción de la enfermedad infecciosa producida por este virus junto a los mecanismos de transmisión. El 30 de enero de 2021 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote como una urgencia de salud pública y la pandemia el 11 de marzo. El primer caso en España aparece en la isla de la Gomera, Canarias, el 31 de enero y en La Rioja, el 2 de marzo, siendo una de las más afectadas inicialmente. El 14 de marzo entra en vigor en España el estado de alarma.

1.2. España: peculiaridad demográfica y de los ancianos

España tiene una de las esperanzas de vida más alta del mundo. En 2018 se situaba por encima de los 83 años (86,0 en mujeres y 80,4 en hombres), pero con una cifra de años de vida saludable al nacer en 2018 de 79,2 (76,9 en hombres y 81,5 en mujeres), en la que otros países de nuestro entorno nos aventajan.

Se recomienda un envejecimiento activo y saludable para añadir “vida a los años” y no únicamente “años a la vida”. Con datos de 2019, en España 9.057.193 personas (56,8% mujeres) tenían al menos 65 años, representando el 19,3% de la población. Se estima que en 2033 llegará al 25,2% y en 2066 al 34,6%. La Figura 1 recoge las proyecciones de la pirámide poblacional para España de 2018 a 2068. Además, se observa un progresivo “envejecimiento del envejecimiento”, con un 6,1% de la población total mayor de 80 años y con 16.303 personas mayores de 100 años. La Figura 2 demuestra cómo La Rioja es una de las comunidades autónomas que presenta mayor índice de envejecimiento (INE).

Los pacientes mayores de 65 años son una población vulnerable y heterogénea. La edad biológica nos hace una idea de la manera de afrontar

la enfermedad mayor que la cronológica, vinculada a fragilidad, capacidad intrínseca, reserva fisiológica y funcional. Presentan diferencias en cuanto a la comorbilidad, con alta prevalencia de demencia y síndromes geriátricos, ligados a mal pronóstico, vulnerabilidad a eventos adversos y dependencia de cuidados.

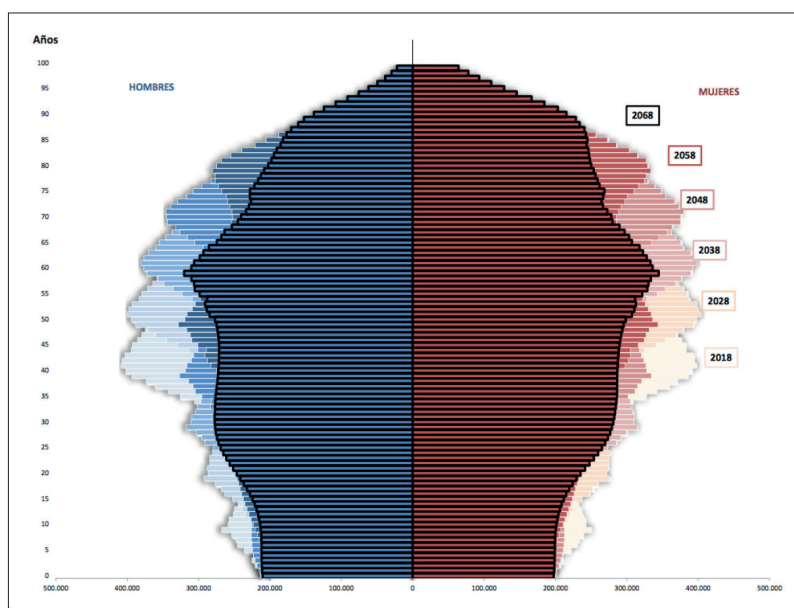


Figura 1. Proyecciones de la pirámide poblacional para España en el periodo 2018 a 2068.

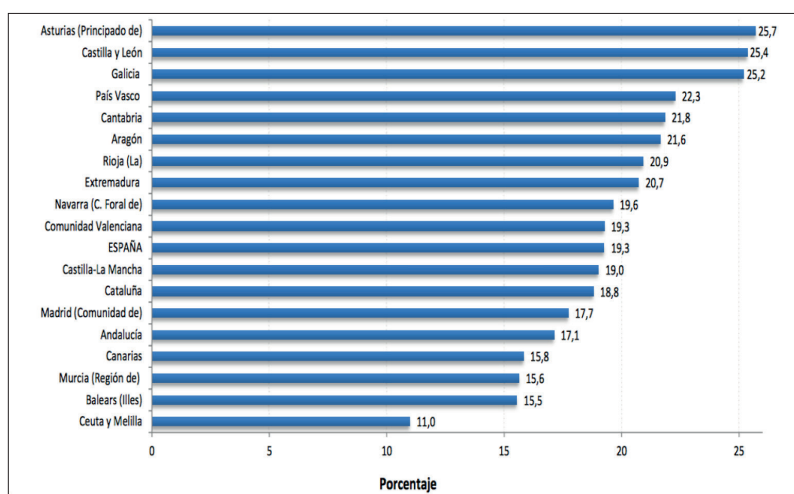


Figura 2. Proporción de personas de 65 años y más, por Comunidad Autónoma.

1.3. COVID-19. Riesgo en población anciana y especialmente residencias

En la COVID-19 típicamente se han descrito síntomas respiratorios (fiebre, tos y disnea) como la forma más frecuente de presentación dentro de un amplio abanico de síntomas sistémicos (digestivos, neurológicos, cardiológicos, etc.). Sin embargo, en las personas mayores, determinados síntomas “atípicos” pueden ser predominantes como forma de presentación de la COVID-19. Así el delirium, las caídas o el deterioro funcional forman parte del espectro de presentación de la COVID-19 y, por lo tanto, deben ser considerados como sintomatología sospechosa en pacientes mayores.

Diferentes estudios chinos reflejaron la realidad vivida. A pesar de que no resulta fácil tener datos fiables acerca de cuál es la tasa de mortalidad global, esta se sitúa entre el 2-5%, y la letalidad por COVID-19 se describe en un 8% para pacientes de 70 a 79 años y entre un 14,8-18,8% en mayores de 80 años, favoreciendo la mayor frecuencia de manifestaciones severas, la necesidad de ingreso en las unidades de medicina intensiva (UMI) y la letalidad en pacientes de edad avanzada, estimándose que más del 70% de la mortalidad ha ocurrido en este grupo de población.

La sobresaturación del sistema sanitario, que provocó limitaciones en el acceso a las UMI y a la ventilación mecánica, se vio totalmente desbordado, motivo por el que diferentes sociedades médicas elaboraron unas recomendaciones de acceso. Incluso el propio Ministerio de Sanidad se pronunció en un informe sobre los aspectos éticos durante la pandemia para adecuarse a las circunstancias y ser conscientes de las graves secuelas que estos pacientes tenían que superar tras la fase aguda de la enfermedad, imposible de conseguir sin una adecuada capacidad intrínseca.

En España hay más de 300.000 ancianos viviendo en residencias. El estudio de la Fundación Edad y Vida realizado en casi 20.000 residentes de 111 centros en 15 Comunidades Autónomas los describe como una población con pluripatología compleja, con polifarmacia y con inestabilidad clínica, lo que provocan derivaciones a urgencias. Muchos de ellos están en las etapas finales de la vida (el 43% fallecen durante el año). Al ingreso, el 45% presenta dependencia física para la realización de las actividades de la vida diaria, el 63% padece deterioro cognitivo, más de la mitad están desnutridos o en riesgo de desarrollarla, y un 18% úlceras por presión. Similares perfiles se han descrito en otros países.

Las residencias en España son muy heterogéneas en cuanto a tamaño, dependencia (pública versus privada, la mayoría, con o sin ánimo de lucro), con vocación de atención integral tanto sanitaria como social frente a otras que no tienen profesionales sanitarios ni quieren ningún cuidado medicalizado, con diferentes normativas autonómicas como describe la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG).

La SEGG emite documentos con propuestas en el manejo de la epidemia y el papel de la especialidad en la coordinación con las residencias. Más tarde, publica un documento sobre el manejo de los rebrotes, planes

de contingencia y transparencia. La Organización Médica Colegial ha definido una serie de propuestas en respuesta a la pandemia en residencias y centros sociosanitarios, dadas las condiciones ambientales y sociales que condujeron a una mayor mortalidad en las residencias de personas mayores.

2. DATOS DE LA RIOJA

Se revisaron todos los pacientes ingresados en el Hospital San Pedro por COVID durante el año 2020 (marzo a diciembre), lo que supuso 2323 pacientes. De ellos, los mayores de 65 años fueron 1429 (61,5%); de ellos, 118 (8,2%) precisó ingreso en la UMI.

Cabe recordar que durante el Estado de Alarma también se derivaron pacientes de residencias para que ingresaran en hospitales privados como Los Manzanos en Lardero. Los datos de recogida sobre el lugar de la residencia no son totalmente fiables, porque depende del registro domiciliario que figure en su historia clínica y muchas veces no lo modifican al ingreso en la residencia.

Desde el 8 de septiembre hasta finales del año 2020 ingresan por COVID-19 908 personas, de las cuales 565 eran mayores de 65 años, 95 de ellos vivían en residencias, con un 1 ingreso en UMI. En ese período fallecieron 126 (13,8%) personas en el Hospital San Pedro por COVID-19. De estos 116 (92%) eran mayores de 65 años y 35 procedían de residencias (27,8%).

Resultados españoles de un estudio que incluía 115.111 pacientes describen cómo los pacientes con COVID-19 hospitalizados eran en su mayoría casos graves, ya que uno de cada tres pacientes desarrolló distrés respiratorio y uno de cada cinco falleció, confirmando una estrecha relación entre la edad avanzada y la mortalidad. La tasa de mortalidad global fue del 21%, con un marcado incremento con la edad (un 26,9% en el grupo de 70 a 79 años y un 46% en el de mayores de 80 años).

3. INCORPORACIÓN DEL SERVICIO DE GERIATRÍA AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Desde el 24 de marzo hasta el 25 de mayo de 2020, el servicio de Geriatria cerró en el Hospital de La Rioja, para integrarse en Hospitalización a Domicilio para reforzar la asistencia sanitaria. Se activó un dispositivo denominado Geriatria-HAD (Hospitalización a Domicilio) para asesorar a todas las residencias dependientes del Hospital San Pedro, salvo la Residencia Los Jazmines de Haro por expreso deseo. Así, se incorporaron las siguientes residencias con unas 2481 plazas: Jesús Nazareno en Ezcaray, El Hospital del Santo en Santo Domingo de la Calzada, El Hogar Madre de Dios en Haro, Nuestra Señora del Valle en Cenicero, Nuestra Señora del Pilar en Nalda, Sta. María la Real en Nájera, la Fundación Sánchez-Torres en Anguiano, residencia Ruiz en Ventas Blancas y Virgen de los Remedios de San Vicente de la Sonsierra, la residencia de La Rioja y Montes Claros en Albelda de Iregua,

la residencia de personas mayores de Lardero y las que se encuentran en Logroño: La Estrella, Monte Rincón, San Agustín, Caser-Montesoria, Orpea, Sta. Teresa Jornet, Madre Josefa, El Sol, Santa Justa y Santa Cruz.

Así, se formaron dos equipos integrados por un médico geriatra y una enfermera cada uno, que les permitían comentar y valorar la situación clínica de los pacientes de manera proactiva, en horario de mañana, todos los días hábiles bien de manera presencial o telefónica a todas esas residencias en horario de 8 a 15 horas, incluida la Semana Santa, salvo fines de semana. De 15 a 22 horas los días laborables, y de 8 a 22 horas los fines de semana y festivos, el seguimiento fue sólo telefónico por parte de HAD.

3.1. Funciones

Se establecieron vínculos entre los profesionales de ambos entornos asistenciales con compromiso para que la comunicación fuera fluida, adaptándose a las circunstancias de cada entorno al ser muy diferentes entre ellas. Unas residencias eran públicas, con médico presencial o localizado casi 24 horas, otras sólo 8 horas, con apoyo de enfermería el resto. Otras privadas, con acceso a la medicación como las públicas, a través de la farmacia hospitalaria del Hospital San Pedro. También había algunas sin farmacia hospitalaria, con apoyo exclusivo de atención primaria, sin seguimiento de enfermería continuado, con auxiliares de enfermería por la noche; lo mismo ocurría con el acceso al sistema informático hospitalario de Selene, no todas lo disponen. El objetivo fundamental era el apoyo al servicio sanitario de la residencia, que en todo momento han sido los principales agentes involucrados en la asistencia. Al inicio de la pandemia estábamos limitados por la falta de conocimiento, sin preparación, sin material de protección, desbordado por el número de casos de los pacientes y porque el personal de las residencias enfermaba, con necesidad de baja profesional presentando dificultades en la contratación de nuevo personal.

Se informaba sobre cómo controlar la transmisión y reducir el impacto de la pandemia, asegurando la detección y actuación correcta, la estratificación, junto con el apoyo psicológico imprescindible, para el personal sanitario al frente de las residencias, con altísimo nivel de estrés y prácticamente desbordados.

En la sectorización de la residencias fue de gran ayuda el asesoramiento y desinfección por parte de la Unidad Militar de Emergencias que se trasladó desde Zaragoza, dado que al ser sitios cerrados era muy transmisible el contagio de la enfermedad en pacientes tan susceptibles de enfermar y con tanta comorbilidad.

Se realizaban las pruebas diagnósticas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para SARS-CoV2, se comentaba la situación clínica de los pacientes, valorando cuando tenían dudas la posibilidad de derivación hospitalaria. Se dio acceso a medicación de uso hospitalario, concentradores de oxigenoterapia, así como analíticas de sangre y electrocardiogramas en la valoración de la terapia. Se facilitaba información de la evolución de

los pacientes en el hospital, apoyo y control al alta hospitalaria. Se gestionó puntualmente los ingresos directos programados en el hospital privado mediante la realización del informe y el contacto con Admisión de Ingresos hospitalarios.

Se aconsejaba sobre los materiales de protección, colocación y retirada adecuada del equipo de protección individual si no lo conocían, la necesidad de aislamiento y confinamiento de los pacientes afectados o con sospecha, el asesoramiento sobre la sectorización de las residencias y la duración de los aislamientos, especialmente con los cribados masivos antigénicos. La comunicación era presencial y telefónica para aclarar dudas, y posibles dilemas éticos. Se siguió el protocolo de recomendaciones éticas y clínicas elaborado por múltiples sociedades científicas.

En numerosas ocasiones, se nos consultaba por otros temas geriátricos como trastornos de conducta, agitaciones, etc. Además del deterioro funcional por la inmovilidad y patología emocional similar al estrés postraumático, por el estrés, la angustia y ansiedad por el distanciamiento social para prevenir secuelas.

En fechas posteriores a la primera ola, podían dirigirse desde las residencias al servicio mediante dudas telefónicas, ya que el manejo de aprendizaje se hizo durante la primera ola, hasta que no fue necesario. Posteriormente, el servicio se incorporó como el resto de las especialidades médicas asistenciales en las plantas COVID-19 del Hospital San Pedro cuando así se requirió. El inicio de la vacunación el 27 diciembre de 2020 supuso el inicio del cambio de estos centros, con una incidencia posterior insignificante.

4. CONCLUSIONES

Se conocían los déficits existentes en la atención sanitaria en las residencias, pero la pandemia de COVID-19 los ha hecho más evidentes y ha provocado que su atención sea una urgencia. El modelo de cuidados de las personas mayores tiene que tomar el centro a la persona y no a la institución. Desde el sistema sanitario no se ha aportado la solución de todos los problemas, pero el refuerzo asistencial empleado mostró eficacia. Presenta una mejora en la atención a las personas mayores institucionalizadas mediante el acercamiento y el manejo de los recursos hospitalarios a la medida de los cuidados que necesitan.

5. AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Eloísa Ibáñez Villambiste, responsable de Archivo y Documentación Clínica por su colaboración en los datos de registro. A todo el Servicio de Hospitalización a Domicilio del Hospital San Pedro junto con las enfermeras que nos acompañaron: Laura, Anabel, Ana y Tamara, sin cuya colaboración hubiera sido imposible realizar la misión y la superación de la primera ola.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., Pérez Díaz, J., Ramiro Fariñas, D., Ayala García, A., & Pujol Rodríguez, R. (2019). Un perfil de las personas mayores en España, 2019 Indicadores estadísticos básicos. *Informes en-red*, 22.
- Bonanad, C., García-Blas, S., Tarazona-Santabalbina, F. J., Díez-Villanueva, P., Ayesta, A., Forés, J. S., ... & Formiga, F. (2020). Coronavirus: the geriatric emergency of 2020. Joint document of the Section on Geriatric Cardiology of the Spanish Society of Cardiology and the Spanish Society of Geriatrics and Gerontology. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 73(7), 569-576.
- Casas-Rojo, J. M., Antón-Santos, J. M., Millán-Núñez-Cortés, J., Lumberras-Bermejo, C., Ramos-Rincón, J. M., Roy-Vallejo, E., ... & Gómez-Huelgas, R. (2020). Características clínicas de los pacientes hospitalizados con COVID-19 en España: resultados del Registro SEMI-COVID-19. *Revista Clínica Española*, 220(8), 480-494.
- Fundación Edad & Vida (2015). Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales. *Fundación "Instituto Edad&Vida"*.
- Goodman, C., Denning, T., Gordon, A. L., Davies, S. L., Meyer, J., Martin, F. C., ... & Zubair, M. (2016). Effective health care for older people living and dying in care homes: a realist review. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1-14.
- Kerr AD, Stacpoole SR. (2020). Coronavirus in the elderly: a late lockdown UK cohort. *Clin Med Lond Engl*, 20, e222-e228.
- Ordovás, J. M., Esteban, M., García-Retamero, R., González López Valcárcel, B., Gordaliza, A., Inzitari, M., ... & Comas Herrera, A. (2020). Informe del GTM sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias. *GTM, Ministerio de Ciencia e Innovación (España)*.
- Organización Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. (2015). *Organización Mundial de la Salud*.
- Informe #11 CA-Covid-19-OMC. (2020). Covid-19 y las residencias y centros sociosanitarios. *Organización Médica Colegial de España*.
- Pérez Díaz, J., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., & Ramiro Fariñas, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. *et al. Informes en-red*, 25, 39.
- Romeo Casabona C, Urruela A. (2020). Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-2. *Ministerio de Sanidad*.
- Sociedad Española de Geriatriía y Gerontología. (2020). Estudio comparativo de las normativas de residencias para personas mayores en España. *SEGG*.

- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2020). Papel de la geriatría en la coordinación con el medio residencial. *SEGG*.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2020). Recomendaciones éticas y clínicas para la toma de decisiones en el entorno residencial en contexto de la crisis de Covid-19. *Med Clin (Barc)*, 155, 356-9.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2020). Recomendaciones sobre decisiones éticas e ingreso en UCI en situación de crisis de Covid-19. *SEGG*.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2020). Recomendaciones para el manejo de la epidemia de COVID-19 en residencias de mayores. *SEGG*.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2020). 10 recomendaciones para el manejo de los rebrotes de la infección por SAS-CoV-2 en las residencias de personas mayores. *SEGG*.
- WHO Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports. *Organización Mundial de la Salud*.
- Wu, F., Zhao, S., Yu, B., Chen, Y. M., Wang, W., Song, Z. G., ... & Zhang, Y. Z. (2020). A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*, 579(7798), 265-269.
- Wu Z, McGoogan J.M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*, 323, 1239–42.
- Zhao, W. M., Song, S. H., Chen, M. L., Zou, D., Ma, L. N., Ma, Y. K., ... & Bao, Y. M. (2020). The 2019 novel coronavirus resource. *Yi chuan= Hereditas*, 42(2), 212-221.