



10 recomendaciones de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) para el manejo de los rebrotes de la infección por SARS-CoV-2 en las residencias de personas mayores

18 de agosto de 2020

Las siguientes recomendaciones van dirigidas al control de los rebrotes que irán apareciendo al hacer la desescalada en las residencias de mayores (apertura de las residencias de mayores a visitas de familiares y a salidas al exterior de los residentes).

En la situación actual, en la que el virus no ha sido erradicado y se produce una transmisión asintomática en una alta proporción de casos, la desescalada de estos centros irá asociada a la aparición de rebrotes.

El rebrote por sí mismo no supone una gestión inadecuada de la desescalada o del control de la infección.

Es la respuesta tardía a estos rebrotes la que se debe evitar y minimizar al máximo.

Estas recomendaciones se realizan para perseguir dos objetivos:

Objetivo 1: dar una respuesta rápida ante la aparición de cualquier rebrote, intentando frenar la expansión de la infección.

Objetivo 2: tratar de forma adecuada a los pacientes infectados por el SARS-CoV-2 en la mejor ubicación posible y, en función de su situación clínica y deseos, ofrecer tratamiento preventivo, de soporte o paliativo. Como se realiza con el resto de la población.

1. ES NECESARIO ASUMIR EL RIESGO DE REBROTES Y EVITAR EL CIERRE ABSOLUTO DE LAS RESIDENCIAS

La protección de la salud pública no sólo es proteger del contagio a las personas mayores sino también estimular la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud a través de la realización de actividad física y contacto social frecuentes.

La SEGG es consciente de que desescalar siempre conlleva rebrotes y que éstos pueden afectar especialmente a las residencias de mayores, por sus características, y es por ello que hay que extremar las precauciones en esta población. Pero el aislamiento extremo está causando importantes efectos secundarios en los residentes, afectando a veces muy gravemente a su bienestar y estado de salud:



La restricción de la movilidad y del contacto social tiene importantes repercusiones negativas en el adulto mayor, especialmente un incremento en la incidencia de síndromes geriátricos: aparición de fragilidad, sarcopenia y/o incontinencia secundarias a la inmovilidad, aparición de trastornos afectivos (ansiedad, depresión...) y cognitivos por restricción del contacto social.

Es por ello que hay que buscar permanentemente el equilibrio entre proteger del contagio por coronavirus, el mantenimiento de la movilidad y algunas relaciones sociales.

Cuando la progresión de la epidemia haga necesario reducir el número y frecuencia de las visitas y las salidas al exterior, se recomienda utilizar recursos tecnológicos para mantener relaciones sociales y contacto familiar (videollamadas, etc.) tutoriales de movilización en pantalla, por megafonía, en pequeños grupos, paseos por el jardín de la residencia si lo tiene, hilo musical, etc.

2. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE CASOS EN UNA RESIDENCIA

Este es uno de los aspectos clave y principales retos.

1. Se debe realizar test PCR para SARS-CoV-2 en los siguientes casos:

- **Todo ingreso nuevo en la residencia**, siempre que no haya evidencia de que el paciente tenga anticuerpos frente a la enfermedad en los últimos 3 meses. Hacerla como máximo 72 horas antes del ingreso.
- **Ante cualquier síntoma:** fiebre, síntomas respiratorios, diarrea, desorientación, manifestaciones cutáneas, etc.
- **En todo contacto directo con una persona SARS-CoV-2 (+):** Haber estado durante 15 minutos a menos de 2 metros, cuidar o recibir cuidados de un positivo, contacto físico, compartir utensilios de comida o bebida, mesa de comedor, etc.

2. Se debe realizar test periódicos a los profesionales del centro siguiendo las recomendaciones actualizadas de los servicios de Salud Pública, idealmente cada 15 días, dado el elevado número de personas asintomáticas infectadas por el virus y la vulnerabilidad de los residentes a los que pueden contagiar.

3. Ante la aparición de un positivo en el centro, se realizará el correcto aislamiento del residente en su habitación o en la planta/área COVID-19 (+). Se realizarán **test PCR de cribado y cuarentena** (14 días desde el último contacto) a todos los contactos cercanos (residentes de su planta o que hayan compartido mesa de comedor, áreas de descanso, así como a los cuidadores que lo hayan atendido). Según las recomendaciones del *Center for Disease Control* (CDC) actualizadas a 16 agosto 2020, no necesitan test PCR ni cuarentena aquellas personas en las que se tenga evidencia de que han pasado la enfermedad (anticuerpos positivos) en los últimos 3 meses, salvo que la persona presente síntomas.



Si hay positivos en la residencia, el régimen de visitas debe ser restringido, de acuerdo a las normas de cada comunidad autónoma.

Estas recomendaciones son actualizadas por el ministerio de sanidad y los servicios de salud de cada comunidad autónoma y se deberán seguir siempre las últimas recomendaciones.

3. AISLAMIENTO. SECTORIZACIÓN DE LAS RESIDENCIAS

Para realizar un correcto aislamiento y prevención de la extensión del virus en el centro, la residencia tiene obligación de proveer de los equipos de protección individual (EPI) a los profesionales. Se recomienda disponer de una reserva estratégica de EPI para evitar el desabastecimiento en el caso de incremento brusco de la demanda.

Se recomienda que la ocupación de la residencia no sea superior al 90% para asegurar la disponibilidad de habitaciones libres para el aislamiento.

Tanto las reservas estratégicas de los EPI como el grado de ocupación máximo de las residencias, será marcado por cada comunidad autónoma.

Idealmente se procurará la **sectorización de las residencias** separando claramente las zonas donde se ubicarán los residentes con SARS-CoV-2 y capacidad de contagio (zonas COVID) de las zonas donde se ubicarán los que estén libres de la enfermedad. Se debe comunicar a los Servicios de Salud Pública de cada Comunidad Autónoma de las posibilidades de aislamiento y la capacidad de sectorización de la residencia

La sectorización debe señalar los circuitos de entrada y salida de las zonas COVID y zonas no COVID.

Se deben señalar también los circuitos de retirada de residuos, separando los residuos biológicos.

La sectorización debe ser comprobada y aprobada por los Servicios de Salud Pública correspondientes, al no existir estos especialistas (ni tampoco la responsabilidad de disponer de ellos) en las residencias de mayores de nuestro país.

Cuando el aislamiento en la residencia no sea posible se deberá comunicar a la autoridad sanitaria y/o social correspondiente para buscar soluciones específicas, trasladando al residente a otra residencia o centro donde pueda permanecer aislado mientras dure su tratamiento.



4. FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA RESIDENCIA

Todos los profesionales de la residencia, especialmente aquellos con menor formación técnica como gerocultores o profesionales de la limpieza, lavandería o cocina, deben ser **formados en la correcta utilización de los Equipos de Protección Individual (EPI)**.

También deben recibir formación sobre las medidas de aislamiento y la entrada o salida de los circuitos señalados en la residencia.

Se debe nombrar un **responsable COVID-19** en cada residencia entre sus profesionales mejor formados, para que monitorice y corrija errores en la utilización de los EPI de los circuitos.

La autoridad sanitaria deberá disponer del registro de la formación realizada y de la persona responsable así como de su dirección de contacto.

5. MAPAS DE CENTROS

Los centros sociosanitarios y las residencias de mayores son heterogéneos y con grandes variaciones de unos a otros, incluso dentro de la misma ciudad y comunidad autónoma.

En cada área sanitaria se debe establecer un **mapa de las residencias de mayores**, clasificando los centros en tres categorías:

- **Tipo A:** centro residencial con profesionales sanitarios suficientes con capacidad para prestar la atención que requieren estos pacientes (ver más adelante) y con posibilidad de aislar áreas del edificio para un aislamiento correcto.
- **Tipo B:** centro residencial con profesionales sanitarios suficientes que no tienen capacidad para aislar zonas del edificio, pero sí pueden tratar puntualmente en habitación individual algún caso aislado. Como máximo podrían aislar a un máximo de 5 residentes.
- **Tipo C:** centro residencial sin profesionales sanitarios suficientes y que no tienen capacidad para aislar zonas del edificio ni habitaciones.

6. CIRCUITOS DE DERIVACIÓN Y TRATAMIENTO – COORDINACIÓN

- Los residentes deben ser **clasificados en función de su situación basal y de su situación clínica.**

- **Según la situación basal del residente, se clasifican en:**

- **Persona frágil/dependiente o con multimorbilidad compleja:** decisión de derivación a otro centro individualizada y consensuada con paciente y familia.
- **Persona en situación de final de vida:** si es posible, tratar en residencia tras decisión individualizada y consensuada con la familia.

- **Según la situación clínica del residente, se clasifican en:**

- **Personas con afectación leve:** sin dificultades de manejo en residencia.
- **Personas con afectación moderada:** sólo tratable en residencias de tipo A (y algún caso aislado en tipo B).
- **Personas con afectación grave:** derivación a hospital de atención intermedia o a hospital de agudos.

Orientación sobre la ubicación de residentes para el tratamiento de infección por COVID19:

| | Persona frágil | Persona con multimorbilidad/complejidad | Persona en fase final de vida |
|----------------------------|-----------------------|--|--------------------------------------|
| Afectación leve | R | R | R |
| Afectación moderada | HI,R-A | HI,R-A | R;R-A |
| Afectación grave | H | H,HI,R-A | R-A |

R: Residencia; H: Hospital; HI: Hospital intermedio; R-A: Residencia medicalizada tipo A.

- En todas las áreas sanitarias se deben identificar las residencias de tipo A y reforzarlas con el personal sanitario necesario para realizar una correcta atención 24 horas al día. **Las residencias de tipo A deben poder tener la posibilidad de oxigenoterapia, tratamientos intravenosos comunes (antibióterapia, diuréticos, corticosteroides, etc.) y tratamientos paliativos (en la mayoría de casos por vía subcutánea).**

- Se debe contar también, cuando existan, con el soporte que pueden prestar hospitales de atención intermedia (en algunas zonas llamados hospitales de apoyo o de media estancia).

- El soporte a residencias también puede llevarse a cabo (en función de las áreas y de la evolución de la epidemia) a través de los equipos de hospitalización domiciliaria.



7. ROL DE LOS DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES

- **Atención primaria:** realización de pruebas PCR y test serológicos a residentes y profesionales y atención clínica a las residencias de tipo C y B.
- **Atención geriátrica hospitalaria (y geriatría de enlace si existe):** atención a residentes derivados al hospital tras valoración individualizada, soporte de consultoría telefónica a dudas de atención primaria y soporte de consultoría presencial, si se estima oportuno, a las residencias de tipo A.
- **Profesionales de residencias:** atención con soporte de atención primaria en las residencias de tipo B y C y con soporte de geriatría hospitalaria en residencias de tipo A

Se deben reforzar en todos los niveles las plantillas según las cargas de trabajo asumidas en cada centro y en cada territorio.

En estos momentos se estima que es necesario reforzar las plantillas habituales de las residencias con un incremento mínimo del 20-25% del ratio de personal, especialmente en las residencias que tienen casos positivos de SARS-CoV-2.

8. HABILITACIÓN ESPECIAL PARA DISPENSAR TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS EN RESIDENCIAS

Se debe dar la posibilidad, durante la duración del plan, al menos a las residencias de tipo A, de ofrecer:

- Oxigenoterapia.
- Tratamientos intravenosos convencionales.
- Tratamientos paliativos.

Este aspecto deberá ser pactado con las residencias de acuerdo a las directrices de cada comunidad autónoma.

Además de los programas de formación señalados anteriormente (sectorización y manejo de equipos de protección individual) en aquellas comunidades autónomas que se decida incorporar tratamientos más intensivos, se deben realizar programas de formación en el manejo de estos tratamientos y en cuidados paliativos.

9. PLANES DE CONTINGENCIA

De forma urgente todas las residencias de mayores deben disponer de **un plan de contingencia ante el rebrote de SARS-CoV-2** que establezca:

- Responsables de la realización de los test PCR a residentes y profesionales y protocolos de actuación.
- Sectorización de cada residencia de mayores.
- Clasificación del centro en tipo A, B o C.
- Planes de formación de los profesionales de la residencia para hacer frente a la infección por SARS-CoV-2.
- Centros de referencia de atención primaria y de atención geriátrica especializada.
- En caso de necesidad (por situación de la residencia o por situación clínica del residente), indicar el centro al que se realizará la derivación y deseos del residente de ser o no derivado.
- Planes de refuerzo de las plantillas en caso de que aparezcan residentes positivos.
- Planes de comunicación con familiares durante el control de la epidemia.
- Planes de refuerzo de actividades sociales, recreativas y ocupacionales, en caso de cierre total de la residencia.

Estos planes de contingencia deben ser aprobados por la autoridad sanitaria correspondiente. Las autoridades sanitarias deben disponer del plan de contingencia de cada residencia y monitorizar su cumplimiento.

10. TRANSPARENCIA

Los planes de contingencia ante los rebrotes de SARS-CoV-2, deben ser públicos y accesibles a cualquier ciudadano y, desde la SEGG, recomendamos que se publiciten a través de las páginas web de las consejerías de salud de cada comunidad autónoma.

Es también recomendable la publicación de la afectación de la epidemia de COVID-19 en las residencias de mayores de nuestro país, con datos homogéneos lo antes posible.

La terrible afectación que la epidemia ha tenido en la población más vulnerable de nuestra sociedad, los adultos mayores, trasciende las estrategias políticas y territoriales y nos obliga a recuperar la confianza a través de la transparencia.