

COVID-19 en residencias geriátricas: oportunidades y controversias en la población más castigada por la pandemia

COVID-19 in nursing homes: opportunities and controversies in the population most hit by the pandemic

Ignacio Monedero-Recuero¹, Isabel Rodrigues Gonçalves²

¹TB-HIV Department. International Union against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Paris, France; Equipo de Atención Primaria Sant Joan, Vilanova i la Geltrú, Barcelona, España; Consultor Internacional independiente en TB-MDR y TB-VIH; ²Equipo de Atención Primaria Roquetes-Canyelles, Sant Pere de Ribes, Barcelona, España

"Las crisis pulen tu vida. En ellas descubres lo que realmente eres."

Allan K. Chalmers, médico y escritor escocés del siglo XIX.

En los últimos dos meses, todos los que nos dedicamos a la medicina en cualquier ámbito nos hemos visto desbordados laboral y emocionalmente por el impacto de la pandemia por el SARS-CoV-2. La situación ha tensionado y estirado el sistema sanitario, identificando claramente los puntos más débiles. Los datos de mortalidad hablan por sí solos: este virus se ha cebado especialmente con nuestros mayores, pero sobre todo en aquellos viviendo en residencias o socio-sanitarios. A fecha de la escritura de este editorial, la pandemia en España contaba con 26.621 fallecidos¹ de los cuales, el 86% (unos 22.894) eran mayores de 70 años. En residencias, han muerto por COVID-19 o con síntomas compatibles 17.685 personas, aproximadamente el 65-68% del total de fallecidos en España por la pandemia según notificación oficial del Ministerio de Sanidad². Por lo tanto, el epicentro real de la epidemia por concentración de letalidad es sin duda las residencias de ancianos. Desgraciadamente, este fenómeno es similar al sucedido en otros países occidentales, poniendo de manifiesto, las mismas limitaciones en los más vulnerables³.

Los ancianos como grupo vulnerable

La letalidad por COVID-19 en las primeras series de China fue de un 3,8% y en España del 7,2%. La letalidad se hace exponencial

a partir de cada década por encima de los 60 años, llegando a un 16% en mayores de 80 años⁴. Sin embargo en algunas residencias, ha sido mucho mayor que la publicada en hospitales, llegando en ciertos casos a ser mayor del 50% e incluso del 70% de los infectados.

Las causas asociadas al exceso de mortalidad ante la infección por SARS-CoV2 en ancianos son principalmente, pluripatología e inmunosupresión relativa. La edad en sí misma parece no ser el factor determinante de vulnerabilidad, sino la denominada fragilidad: disminución de la resistencia y reservas fisiológicas ante situaciones estresantes, a consecuencia del desgaste acumulativo de los sistemas fisiológicos⁵. Es la fragilidad y no tanto la edad, la que debería marcar el esfuerzo terapéutico. No hacer esta diferencia, ha sido uno de los peores errores que ha contribuido al exceso de mortalidad en los ancianos³.

Dado que la literatura científica sobre el manejo de COVID-19 en residencias es escasa, hemos analizado en profundidad 2 brotes epidémicos, de alta letalidad (34,8% y 27,7%), con una población inicial de 249 ancianos, donde, tras intervención médica se ha atenuado la letalidad. En base a esta experiencia (que esperamos publicar en breve) y experiencias compartidas por otros profesionales, exponemos nuestras reflexiones en este editorial especial desde el terreno.

Correspondencia: Ignacio Monedero-Recuero
E-mail: imonedero@theunion.org

La historia natural de la infección por SARS-CoV-2 en adultos⁶, podría no ser del todo extrapolable. Sin tos ni fiebre, la presentación más frecuente de COVID-19 en ancianos en residencias, es un deterioro inespecífico (astenia, postración, delirio) asociado a diarreas, mialgias o febrícula en las semanas previas, que de forma brusca (24-48 horas) evoluciona a fallo respiratorio y muerte. Probablemente el periodo de incubación y la fase vírica es mucho más prolongada y mejor tolerado que en el adulto quizás por menor actividad inmune⁷. Esto hace que la enfermedad pueda pasar desapercibida. Posiblemente la viriasis afecta menos a vía área y presenta mayor diseminación a otros órganos con expresión de receptores de ACE2 como intestino, riñón, músculo e hígado. Esto también explicaría la menor sensibilidad de la PCR en mucosa nasofaríngea en estas poblaciones⁸.

Todo ello contribuiría a explicar la situación observada de viriasis diseminada latente o poco sintomática, que de forma súbita precipitaría, eventos tromboembólicos, distrés respiratorio por neumonía COVID-19 o fallo multiorgánico (riñón, hígado, músculo). Un patrón similar al de algunas enfermedades oportunistas como pneumocystis o micobacteriosis diseminadas en el paciente VIH inmunodeprimido. Si esto se confirmara, los beneficios del tratamiento virológico con múltiples dianas en ancianos podría ir más allá de los 5-14 días actualmente recomendados en adultos. Y justificaría la realización de estudios de PCR en heces u orina⁹.

Las causas de muerte más frecuente que hemos encontrado en paciente anciano en residencia son:

- *Episodios trombóticos*. Las viriasis mantenidas son un conocido factor protrombótico y en el anciano es plausible una baja carga viral mantenida con un largo periodo de incubación o infección latente. Los accidentes cerebrovasculares, que si no son el más frecuente, si el más obvio y fácil de diagnosticar por clínica en este contexto de acceso limitado a pruebas. Pacientes con deterioro o des-saturación brusca con auscultaciones previas normales, han podido sufrir tromboembolismos pulmonares (TEP)¹⁰. Aunque la probabilidad de microtrombos en otros órganos existe. El uso precoz y sistemático de heparinas de bajo peso molecular (HBPM) en rango profiláctico ha podido contribuir a la reducción de mortalidad que hemos observado en residencias.
- *Neumonía bilateral por COVID-19* presentada como deterioro respiratorio y crepitantes progresivos con evolución a fallo respiratorio. El cuadro observado es el de un paciente paucisintomático que sin embargo en la auscultación presenta crepitantes diseminados y 24-48 horas fallece. El uso de prednisona a dosis de 60-90 mg descendente, mejora la auscultación y saturación, y podría contribuir al descenso de mortalidad observado.

- *Fragilidad o mortalidad post-COVID-19*: algunos pacientes aparentemente superan la COVID-19 pero quedan en una situación de mayor fragilidad proclives a los típicos cuadros geriátricos: sepsis urinaria, neumonía aspiratorias (paciente postrado y alimentado encamado) o caídas por el deterioro funcional causado no solo por la COVID-19 sino por el aislamiento en habitaciones y plantas. Tras la neumonía, muchos pacientes quedan con crepitantes, pudiendo reflejar un daño pulmonar que podría ser permanente.

Las residencias de ancianos como áreas endémicas

El número de casos generados por un enfermo de COVID-19 se ha estimado en 2,2-2,6¹¹. Pero esto quizás no es aplicable para entornos cerrados donde interaccionan gente joven con posibilidad de infección asintomática, con ancianos altamente susceptibles¹². Además de un contacto muy estrecho entre personas, existen contactos con fluidos y restos orgánicos, pudiendo existir hipertransmisores entre trabajadores, visitantes o residentes, especialmente en residencias de gran capacidad¹². De hecho en los brotes analizados, la mortalidad en los primeros meses del año ya había sido anormalmente en personas con alta dependencia. Teniendo un tiempo de incubación más largo⁷, puede que el virus ya estuviera creando problemas en marzo o incluso febrero. La agilidad en la respuesta en las residencias para trabajar de una forma diferente adecuándose a medidas estrictas de control de infección (aislamiento, sectorización, medidas higiénicas, mascarillas, distancia física, visitas...) han podido marcar la evolución de los brotes.

En residencias, se está acostumbrado a asumir mortalidad; el exceso inicial de mortalidad ha podido pasar inicialmente desapercibido hasta llegar a una situación de alta transmisión y difícil retorno cuando los pacientes estaban en fases finales de distrés, complicaciones y muerte. El impacto fue devastador en algunos centros. En las residencias de ancianos, la mortalidad, ha sido mucho mayor que la descrita en hospitales. Por lo tanto, el nivel de esfuerzo terapéutico ha sido un factor clave en la mortalidad¹³. Basándonos en las duras experiencias vividas por nosotros y otros colegas, intentaremos mencionar los múltiples factores que han podido confluir:

- *Presentación atípica y curso rápido de la enfermedad*. Apenas ha habido protocolos y directrices claras para la sospecha de casos en ancianos con una presentación clínica diferente de la descrita en el adulto. Igualmente, la escasez de prueba de PCR ha dificultado la identificación precoz de los brotes. Tampoco han existido estándares sencillos para el manejo de

casos en residencias. Si la infección inicial afectó a muchos residentes a la vez, la mortalidad se presenta en bloque, falleciendo muchos residentes durante un breve espacio de tiempo que merma la capacidad de actuación.

- *Falta de personal sanitario.* Previo a la pandemia muchas residencias presentaban ya el mínimo legal de profesionales. Inicialmente las dificultades para entender las medidas administrativas de control de infección y el acceso limitado a equipos de protección individual (EPIs) ha hecho que muchas residencias hayan tenido bajas por COVID-19 en personal esencial, con dificultad para su sustitución, favoreciendo una situación de colapso asistencial. Auxiliares de clínica y gerocultores, con menor formación, peor pagados y peor protegidos, han sido quizás los héroes menos reconocidos de la pandemia. En las residencias sin médicos o enfermeras, o solo durante horas limitadas, la detección precoz y el tratamiento de COVID-19 o sus complicaciones han sido imposibles. El modelo basado en la atención a la emergencia puntual, no ha funcionado para contener la transmisión o prevenir mortalidad.
- *Dificultades para el apoyo sanitario externo.* El sistema sanitario en general se ha visto desbordado. Teóricamente, la falta de personal sanitario en las residencias se podría haber suplido desde hospitales y atención primaria. Pero los sistemas o gerencias no han podido por los motivos descritos y/o no han sido lo suficientemente ágiles para redistribuir profesionales desde áreas con poca mortalidad a áreas de alta mortalidad como las residencias. No todos los pacientes han necesitado un hospital, pero la mayoría ha necesitado atención médica de calidad extra-hospitalaria¹⁴. En la residencia en la que estamos trabajando el momento de escritura de este texto, somos principalmente 2 médicos voluntarios llevando 57 ancianos pluripatológicos con COVID-19, mientras que el número de enfermos ingresados en los 2 hospitales de nuestra comarca son 36. Los ratios médico-paciente en hospitales vs. residencias están claramente desproporcionados. Por otra parte, la derivación a hospitales no siempre ha sido sencilla. La edad de los pacientes y su procedencia de residencias, ha sido una pega en las urgencias y en los servicios de transporte sanitario.
- *Falta de protocolos para el manejo de COVID-19 en residencias.* Sin protocolos ni evidencias científicas inicialmente nadie en residencias ha tenido muy claro la mejor forma de actuar, con escasos recursos e intentando crear la mínima iatrogenia. No sorprende que la actuación médica de otros equipos se haya limitado a los cuidados de final de vida.
- *Sector público, socio-sanitarios y sector privado.* Las dificultades para el entendimiento y coordinación entre diferentes geren-

cias no ha facilitado las cosas¹³. Ha habido gran resistencia al cambio, sin tener en cuenta la situación excepcional de emergencia y la mortalidad rampante en las residencias. Algunas residencias no han solicitado ayuda hasta llegar al colapso; mientras que otras solicitaban ayuda de los servicios públicos de salud con una escasa respuesta. Sistemas incompatibles de historia clínica y la duplicidad o triplicidad de sistemas de reporte han entorpecido claramente la actuación médica, incrementando el agotamiento de los pocos sanitarios, con frecuencia voluntarios, trabajando en residencias.

- *Aislamiento.* La situación de aislamiento y la vulnerabilidad de los ancianos, ha hecho que no hayan podido ejercer como grupo de presión. Los trabajadores de residencias agotados doblando turnos, sin dar abasto, en una situación caótica y con poco apoyo externo, han aguantado como podían el chaparrón de muertos. Mientras tanto los familiares, no siempre han conocido o entendido la situación de necesidad por la que han pasado sus seres queridos.

La situación ha puesto de manifiesto las limitaciones no solo de las residencias sino de nuestro sistema sanitario. Es de esperar una lluvia de denuncias e implicaciones legales.

Conclusiones

Creemos que se puede contribuir a bajar mortalidad y controlar los brotes en residencias mediante:

- Equipos médicos (y materiales) reducidos pero estables.
- Enfoque basado no en la emergencia sino en la monitorización clínica estrecha del anciano en residencia para identificación temprana de COVID-19 por sospecha clínica, seguido de aislamiento y petición inmediata de PCR y finalmente identificación y aislamiento de contactos.
- Existencia de EPIs y planes de contingencia donde se detalle como actuar ante casos de sospecha o confirmación COVID-19, incluyendo sectorización y aislamiento.
- Manejo precoz del distrés respiratorio y prevención de fenómenos tromboembólicos más tratamiento vírico si hay un claro inicio de enfermedad.
- Manejo de la problemática geriátrica básica derivada de baja resiliencia post-COVID-19 más recuperación funcional temprana.
- Derivación de forma precoz a hospital cuando sea necesario.
- Atención de calidad al final de vida.

Francamente, tras lo vivido no nos gusta lo que hemos descubierto de nosotros mismos como sociedad. Además de las normativas existentes¹⁵, hay una necesidad real de movilizar

recursos sanitarios para apoyar precozmente en residencias. En momentos concretos de la actual y futura epidemia, una proporción relevante de atención primaria y hospitalaria debería estar volcada en la atención de los más vulnerables.

El SARS-CoV 2 ha venido para quedarse y probablemente vamos a estar jugando al gato y al ratón en hospitales y residencias con segundas o terceras oleadas durante el próximo año y medio. Tendremos una segunda oportunidad para demostrar lo que realmente somos como sociedad y como médicos.

Bibliografía

1. COVID-19 en España. Centro Nacional de Epidemiología. 2020 [cited 2020 10 de mayo]. Available from: <https://cnecovid.isciii.es/covid19/>.
2. RTVE. Coronavirus. Radiografía del coronavirus en residencias: más de 18.400 muertos con Covid-19 o síntomas 2020 [cited 2020 10 de mayo]. Available from: <https://www.rtve.es/noticias/20200510/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>.
3. Cesari M, Proietti M. COVID-19 in Italy: Ageism and Decision Making in a Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2020;21(5):576-7.
4. Lai CC, Wang CY, Wang YH, Hsueh SC, Ko WC, Hsueh PR. Global epidemiology of coronavirus disease 2019 (COVID-19): disease incidence, daily cumulative index, mortality, and their association with country healthcare resources and economic status. *Int J Antimicrob Agents*. 2020;55(4):105946.
5. Alonso Bouzon C, Carnicero JA, Turin JG, Garcia-Garcia FJ, Esteban A, Rodriguez-Manas L. The Standardization of Frailty Phenotype Criteria Improves Its Predictive Ability: The Toledo Study for Healthy Aging. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2017;18(5):402-8.
6. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;382(18):1708-20.
7. Nikolich-Zugich J, Knox KS, Rios CT, Natt B, Bhattacharya D, Fain MJ. SARS-CoV-2 and COVID-19 in older adults: what we may expect regarding pathogenesis, immune responses, and outcomes. *GeroScience*. 2020;42(2):505-14.
8. Pan Y, Zhang D, Yang P, Poon LLM, Wang Q. Viral load of SARS-CoV-2 in clinical samples. *The Lancet Infectious diseases*. 2020;20(4):411-2.
9. Perchetti GA, Nalla AK, Huang ML, Zhu H, Wei Y, Stensland L, et al. Validation of SARS-CoV-2 detection across multiple specimen types. *Journal of clinical virology*. 2020;128:104438.
10. Wichmann D, Sperhake JP, Lutgehetmann M, Steurer S, Edler C, Heinemann A, et al. Autopsy Findings and Venous Thromboembolism in Patients With COVID-19: A Prospective Cohort Study. *Annals of internal medicine*. 2020.
11. Kamp BS, Hoffmann C. Covid Reference ESP 2020.3 <https://covid-reference.com/es>.
12. Lai CC, Wang JH, Ko WC, Yen MY, Lu MC, Lee CM, et al. COVID-19 in long-term care facilities: An upcoming threat that cannot be ignored. *Journal of microbiology, immunology, and infection*. 2020.
13. Tarazona-Santabalbina FJ, Martinez-Velilla N, Vidan MT, Garcia-Navarro JA. [COVID-19, older adults and ageism: Mistakes that should never happen again]. *Revista española de geriatría y gerontología*. 2020.
14. Ayalon L, Chasteen A, Diehl M, Levy B, Neupert SD, Rothermund K, et al. Aging in Times of the COVID-19 Pandemic: Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences*. 2020.
15. Catalunya Gd. Normativa en matèria de residències 30/04/2020 2020 [cited 2020 26 de Mayo]. Available from: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/4891/normativa_materia_residencies_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y.