



Recomendaciones para el manejo de la epidemia de COVID19 en Residencias de mayores

Las siguientes recomendaciones se realizan para perseguir dos objetivos en el tratamiento de la epidemia por COVID19 en las residencias de mayores:

Objetivo 1: separar de forma segura a los residentes con COVID19 del resto de residentes para frenar la expansión de la infección.

Objetivo 2: tratar de forma adecuada a los pacientes infectados por COVID19 en la mejor ubicación posible y, en función de su pronóstico y situación clínica, ofrecer tratamiento preventivo, de soporte o paliativo. Como se realiza con el resto de la población.

1. Realización de test diagnósticos:

- **Residentes:** Una proporción elevada de las personas infectadas por COVID19 e ingresadas en residencias de mayores son asintomáticas. Además, otros muchos presentan sintomatología no respiratoria como diarrea, desorientación, pérdida de apetito, etc.

Por lo tanto, **es necesario realizar test diagnósticos a todos los residentes, tengan o no sintomatología, siguiendo las recomendaciones actualizadas de los servicios de Salud Pública de cada territorio.**

- **Profesionales de la residencia:** para evitar el contagio y posterior diseminación tanto dentro del establecimiento residencial como la transmisión comunitaria al volver a su domicilio habitual **es necesario realizar test a los trabajadores, siguiendo las recomendaciones actualizadas de los servicios de Salud Pública.**

2. Sectorización de las residencias:

Se debe realizar lo antes posible la **sectorización de las residencias de mayores** separando claramente las zonas donde se ubicarán a los residentes con COVID19 y capacidad de contagio y las zonas donde se ubicarán a los que estén libres de la enfermedad.

La sectorización debe señalar los circuitos de entrada y salida de las zonas “limpias” y “sucias”.

Se deben también señalar los circuitos de retirada de residuos, separando los residuos del grupo III.

La sectorización debe ser realizada “in situ” y por especialistas como profesionales de salud pública, ONGs médicas o empresas especializadas.



Cuando la sectorización no sea posible, es necesario trasladar al residente a un centro donde pueda permanecer aislado mientras dure su tratamiento.

3. 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 (EPIs)**.

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

Se debe identificar un **responsable COVID19** en cada residencia entre sus profesionales mejor formados, para que monitorice y corrija errores en la utilización de EPIs i de los circuitos.

4. Mapas de centros:

Las residencias de mayores y centros sociosanitarios 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.
- **Tipo C:** centro residencial sin profesionales sanitarios suficientes y que no tienen capacidad para aislar zonas del edificio ni habitaciones.

5. Circuitos de derivación y tratamiento – Coordinación:

- Los residentes deben ser **clasificados clínicamente en función de su situación basal y de su situación actual:**

- Situación basal:
 - Persona frágil: decisión individualizada
 - Persona con multimorbilidad / complejidad: decisión individualizada
 - Persona en situación de final de vida: si es posible, tratar en residencia



- Situación actual:

- Afectación leve: sin dificultades de manejo en residencia
- Afectación moderada: sólo tratable en residencias de tipo A (y algún caso aislado en tipo B)
- Afectación grave: derivación a hospital

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 debe identificar las residencias de tipo A y reforzarlas con el personal sanitario necesario para realizar una correcta atención 24 horas del día. Las residencias de tipo A deben poder tener la posibilidad de oxigenoterapia, tratamientos intravenosos comunes (antibioterapia, 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.

6. Rol de los diferentes niveles asistenciales:

- **Atención primaria:** realización de pruebas PCR i 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 y, 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.

7. 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.

El control de dichos tratamientos y su suministro debe depender de la farmacia hospitalaria más cercana.

8. Monitorización y seguimiento de la epidemia:

Se debe establecer un cuadro de mando con recogida diaria de la situación en cada centro que incluya, al menos:

Número de residentes positivos, número de residentes pendientes de prueba, número de profesionales positivos y con baja laboral, número de profesionales pendientes de prueba, derivaciones hospitalarias, fallecimientos diarios y acumulados, suministro de test PCRs y de EPIS.

9. Comisión de seguimiento:

Se recomienda crear una comisión de seguimiento del plan de acción en cada área sanitaria con la participación, al menos, de:

- Un profesional representante de la administración sanitaria con conocimiento del área.
- Un profesional de la administración social con conocimiento estrecho del sector.
- Un profesional del servicio de geriatría hospitalario/geriatra de enlace.
- Soporte de Salud Pública

La comisión debería tener capacidad ejecutiva durante el plan para poder indicar traslados, reforzar plantillas de profesionales y reforzar la formación a los profesionales de las residencias.

4 de mayo de 2020