



COLABORACIÓN SERVICIOS DE GERIATRÍA HOSPITALARIOS – HOSPITALES DE MEDIA ESTANCIA - RESIDENCIAS DE MAYORES Y CENTROS SOCIOSANITARIOS

18 de marzo de 2020

NOTA IMPORTANTE: Este documento no pretende sustituir los protocolos de atención a personas en residencias de personas mayores que se están elaborando en todas la Comunidades Autónomas, fruto de la colaboración entre las Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales.

La actual epidemia de COVID-19 está afectando a toda la población, pero especialmente a la población de mayor edad y con patología crónica múltiple, que son los que acumulan una mayor mortalidad.

En estos momentos los hospitales de agudos están colapsados por la afluencia de pacientes de mayor gravedad, muchos de ellos con criterios de ingreso hospitalario y, un elevado porcentaje, con criterios de ingreso en UCI y utilización de ventilación mecánica invasiva (VMI).

En el actual contexto, las personas mayores que viven en residencias y centros sociosanitarios son muy vulnerables por su edad y por el acúmulo de múltiples enfermedades crónicas, de tal forma que un traslado al hospital de referencia, cuando tienen un cuadro de patología respiratoria grave, se debería plantear siempre en función de su situación basal física y cognitiva y de las posibilidades reales que le puede ofrecer el hospital.

En un elevado porcentaje de casos, por el perfil de personas que se atienden en estos centros, el hospital no cambia su pronóstico, no podrá ofrecer tratamientos para su curación y no podrá ingresarlos en camas de UCI al no cumplir criterios. Y, en cambio, el traslado a un servicio de urgencias hospitalario debería valorarse de forma muy cuidadosa porque puede ayudar a la transmisión descontrolada de la enfermedad.

El presente documento pretende ofrecer circuitos que ayuden a tratar a estas personas mayores vulnerables en el mejor nivel asistencial posible en cada momento.



1. Circuito de actuación por fases entre hospitales de agudos – hospitales de media estancia y atención intermedia:

Se establecen tres fases, según la evolución de la epidemia:

a) **Fase 1:** Todos los pacientes COVID19 con criterios de ingreso son tratados en el hospital de agudos de referencia y no en hospitales de media estancia. La epidemia no tensa el sistema.

b) **Fase 2:** Al sobrecargarse los hospitales de agudos de pacientes con patología por COVID19, los pacientes con patología aguda leve y moderada no COVID19 serán derivados y tratados en hospitales de media estancia y apoyo.

En esta fase se potenciarán todos los servicios domiciliarios de atención primaria y de hospitalización a domicilio priorizando el seguimiento y control de pacientes COVID19.

c) **Fase 3:** Si continúa la presión asistencial, los pacientes con clínica respiratoria COVID19 positivos sin criterios de ingreso en UCI podrán también ser derivados para su tratamiento a hospitales de media estancia y de atención intermedia. En este caso se estará en estrecha colaboración con el servicio de geriatría del hospital de referencia y, si se estima oportuno, con el servicio de enfermedades infecciosas.

En todas las fases, si un paciente ingresado en un hospital de media estancia o atención intermedia es diagnosticado de COVID19 positivo, siempre será tratado en el mismo centro evitando su traslado. Sólo se trasladarán los pacientes que tengan un criterio clínico clarísimo de ingreso en UCI si su situación lo requiere y previo traslado pactado con la unidad receptora.

2. Circuito de actuación entre hospitales de agudos (Servicios de Geriatría) – residencias de mayores y centros sociosanitarios:

Las personas positivas a COVID19 en residencias de ancianos representan un problema de salud pública de primer orden en la presente epidemia por los siguientes motivos:

- Son personas con una alta dependencia física y cognitiva y con múltiples enfermedades, lo que hace de ellas una población especialmente vulnerable a esta infección.
- Viven muy próximos unos a otros y con muchos espacios diseñados para actividades grupales que favorecen la transmisión de la enfermedad.



- Necesitan ayuda intensa y diaria para su higiene y para vestirse, en muchos casos para realizar desplazamientos y para poder comer, lo que implica una alta intensidad de contacto físico con los cuidadores profesionales (mucho más alta en intensidad y frecuencia que en un hospital de agudos).
- Un elevado porcentaje de las personas padecen deterioro cognitivo importante con trastornos del comportamiento, lo que hace en la práctica imposible evitar su deambulación, la manipulación indebida de utensilios y, en definitiva su aislamiento y la transmisión de la enfermedad a otros residentes.

Además, hay que tener en cuenta los siguientes condicionantes que presentan las residencias y centros sociosanitarios:

- La mayoría de residencias de mayores del país no disponen de servicio médico y de enfermería, sino que dependen de los servicios que prestan los equipos de atención primaria.
- Los escasos establecimientos residenciales con un perfil más sociosanitario que disponen de médico y enfermería, no suelen tenerlo disponible las 24 horas del día los 7 días de la semana.
- Aún aquellos que disponen de médico y enfermería no tienen acceso a medicación hospitalaria, a material sanitario para administración intravenosa o aerosolterapia, ni a equipos de protección individual.
- En muchos casos no se disponen de espacios para poder hacer aislamiento ni individual (sólo en torno al 15% de las habitaciones son individuales) ni en grupos de pacientes (no se pueden sectorizar todos los edificios).
- La gran mayoría de centros no disponen de oxígeno en las habitaciones ni la capacidad para poder prescribirlo y se les debe proporcionar por los circuitos habituales de oxigenoterapia a domicilio.

Los trabajadores también tienen unas características diferentes a los trabajadores de los hospitales:

- Las plantillas están mucho más ajustadas por normativa que la de los hospitales de agudos (por ejemplo, en el caso de las enfermeras llega a ser de 5 veces menos; es decir, atienden a 5 veces más pacientes por turno que las enfermeras en un hospital de agudos).



- El perfil técnico es inferior al de un hospital, al haber más Gerocultores y menos Médicos y Enfermeras, lo que puede dificultar la aplicación de protocolos.
- Existe una enorme dificultad para completar las plantillas por escasez de profesionales, máxime en el momento actual, donde se está produciendo un efecto absorción por parte de los hospitales para cubrir las bajas que les está causando la epidemia.

Ante esta situación, desde la SEGG recomendamos:

2.1 Recomendaciones para el tratamiento de COVID19 en residencias de mayores y centros sociosanitarios:

1. Se ha de establecer un plan de actuación único, tanto para las residencias de mayores públicas como privadas.
2. Las derivaciones al hospital de agudos de ancianos con COVID19 desde una residencia de mayores se han de reducir al máximo, en todo caso, no ha de basarse la limitación en la edad sino en criterios de situación funcional y pronóstico y ser individualizadas.
3. Los pacientes deben ser tratados en unidades aisladas y dedicadas específicamente a pacientes con COVID19, para separar rápidamente a estas personas del resto de personas de la residencia y evitar la propagación de la enfermedad. Si no se puede aislar por unidades, será preciso aislar todo el Centro.
4. La distribución de recursos sanitarios y sociales en España es muy heterogénea entre comunidades autónomas e incluso dentro de cada comunidad autónoma según la ciudad o región de que se trate. Es por ello necesario establecer un plan de recursos por territorios a consensuar entre la autoridad sanitaria y social.
5. Según la disponibilidad de atención médica y de enfermería y la posibilidad de realizar un correcto aislamiento, las unidades de COVID se podrán ubicar en:



- Hospitales de media estancia, hospitales de apoyo o unidades de atención intermedia.
- Algunas residencias de ancianos con las características señaladas (la gran mayoría de las existentes en el país no son candidatas).
- Unidades habilitadas específicamente para la presente epidemia: alas desocupadas de hospitales de agudos, residencias acabadas pendientes de apertura, hoteles equipados específicamente, grandes espacios equipados para tal fin como pabellones deportivos, etc.

6. En todos los casos se deberá realizar una inversión urgente para aportar las correspondientes EPIs, fármacos y material sanitario y personal para una correcta atención de los pacientes.

7. El criterio de la derivación de enfermos desde y a la residencia de mayores debe ser autorizada y monitorizada por un equipo con experiencia clínica y conocimiento de la situación del hospital y de las residencias de cada territorio.

NO DEBE DEPENDER DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS, NI DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS DE CADA C.C.A.A .