

Editorial

COVID-19 en centros residenciales de personas mayores: la equidad será necesaria para evitar nuevas catástrofes



COVID-19 in care homes: equity will be needed to avoid new catastrophes

María Victoria Zunzunegui

École de Santé Publique, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

Desde el inicio de la pandemia de COVID-19 se sabía que las personas mayores de 70 años, en especial las que vivían en centros residenciales, tenían un riesgo de morir muy elevado en caso de infección. El objetivo sanitario debería haber sido proteger la vida de estas personas mayores y evitar a toda costa que el virus entrara en dichos centros. En Europa y en Norteamérica no se consiguió este objetivo, quizás simplemente porque las autoridades sanitarias no lo priorizaron¹. En la escena internacional, la mortalidad por COVID-19 en los centros residenciales de personas mayores durante los primeros meses varió entre el 24% y el 82%², lo que puede indicar diferencias en la calidad de los servicios residenciales y en la gestión de la pandemia.

En algunos lugares, la mortalidad por COVID-19 en las residencias fue aún mayor en la segunda ola³. Por ejemplo, las grandes diferencias de mortalidad entre las residencias de las provincias canadienses de Columbia Británica y Ontario se han atribuido a la mejor preparación del sistema de cuidados de larga duración de Columbia Británica frente a posibles epidemias y a la mayor capacidad de decisión y comunicación de las autoridades de esta provincia⁴. Aun así, los errores no fueron fáciles de subsanar y la mortalidad en las residencias de Ontario fue todavía mayor en la segunda ola.

Durante las sucesivas olas epidémicas, el SARS-CoV-2 circuló por las residencias sin dificultad⁵⁻⁷ y se propagó dentro y entre residencias⁸, reflejando la incidencia de las comunidades donde se encontraban esas residencias⁹. El virus invadió las residencias principalmente a través de los trabajadores que entraban y salían a diario⁸, lo que se tradujo en una alta mortalidad¹⁰. Además, los trabajadores que prestaban asistencia en varias residencias podían convertirse en eficaces mecanismos de transmisión entre distintos centros^{8,11}. Por ello, en algunos Estados de los Estados Unidos y en algunas provincias canadienses, entre otras jurisdicciones del mundo, se decretaron prohibiciones de trabajar en más de un centro¹² y se realizaron pruebas repetidas secuencialmente, en general cada semana, a trabajadores y residentes. Ambas medidas reducen la incidencia de manera significativa¹³.

En los primeros meses de la pandemia se tomaron medidas de aislamiento de los mayores en las residencias y de restricción de visitas¹⁴. Cuando la sectorización de la residencia no era posible en caso de brote, los mayores eran confinados en sus habitaciones a pesar de las repercusiones del severo aislamiento en su funcionamiento físico y cognitivo, así como en su estado emocional^{15,16}.

Estas medidas fueron cuestionadas y posteriormente modificadas en muchos países^{4,17}.

En España, las personas mayores cuyo domicilio es un centro residencial son menos del 4% de las mayores de 65 años y menos del 1% de la población general. Sin embargo, entre marzo de 2020 y febrero de 2021, esta población vulnerable ha contribuido con 30.117 de las 69.609 defunciones ocurridas en los primeros 12 meses de pandemia¹⁸ (un 43% del total).

Las causas de esta catástrofe han sido revisadas en varios informes de Amnistía Internacional¹⁹, Médicos Sin Fronteras²⁰, ActuarCOVID-19²¹, Ministerio de Derechos Sociales²² y el libro *¡Vergüenza! El escándalo de las residencias*²³. No se emplearon los medios suficientes para evitar la entrada del virus en las residencias, su posterior propagación, las numerosas defunciones de los residentes ni los casos de enfermedad entre los trabajadores. Además de los tres informes de ActuarCOVID, que se restringen a las residencias en la Comunidad de Madrid²², los informes accesibles en la web del Principado de Asturias²⁴ y artículos recientes sobre brotes en residencias^{25,26} informan de las altas incidencia y mortalidad por COVID-19 de agosto de 2020 a febrero de 2021. Los datos sugieren que las residencias han sido el principal reservorio de la epidemia desde la primera hasta la tercera ola.

La mortalidad por COVID-19 en las residencias españolas no se ha distribuido de forma proporcional a la población de residentes de cada comunidad autónoma²⁷. Se puede destacar el caso de la Comunidad de Madrid, que tiene el 13,5% de las plazas de residencia de España y, por tanto, cabría esperar 4074 defunciones por COVID-19, el 13,5% de las 30.117 defunciones totales ocurridas en centros residenciales; sin embargo, las defunciones por COVID-19 registradas en estos centros de Madrid fueron 6228, un exceso del 52,9% sobre las esperadas^{18,28}. Este exceso puede deberse a que en Madrid se aplicó un protocolo de exclusión de la atención hospitalaria a los residentes enfermos que tenían deterioro cognitivo o discapacidad motriz desde mediados de marzo hasta mediados de abril. Además, no se cumplió con la medicalización ordenada por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, y solo se trasladaron a hospitales privados aquellas personas con seguros privados, y por último, no hubo traslado de residentes enfermos al hospital de campaña²³.

Las recomendaciones del Ministerio de Sanidad en materia de régimen de visitas en residencias²⁹ no han sido adoptadas de forma uniforme. Algunas comunidades autónomas publicaron sus propios protocolos, respetando siempre que fueran más restrictivos que el publicado por el Ministerio de Sanidad. Por ejemplo, en la Comunidad de Madrid, la frecuencia de visitas dependía de una clasificación de los centros residenciales en tres niveles de

Correo electrónico: maria.victoria.zunzunegui@umontreal.ca

riesgo definidos a partir de puntos de corte de la distribución de prevalencia de anticuerpos IgG²¹. Finalmente, según informan las asociaciones de familiares de residentes, cada residencia o grupo empresarial de residencias ha tenido libertad para aplicar su propia normativa de visitas y paseos, siempre respetando que el propio protocolo fuera más restrictivo que el publicado por la correspondiente comunidad autónoma. En conclusión, la restricción de visitas en las residencias en España fue severa, estuvo en vigor en mayor o menor medida desde marzo de 2020 hasta febrero 2021, y en algunas residencias continuó todavía después de la administración de la pauta completa de vacunación.

El curso de la pandemia de COVID-19 ha sido modificado por la eficacia y la seguridad de las vacunas. En el periodo posvacunal se observa que los casos de infección se suelen resolver con una enfermedad leve, que en la mayoría de las personas mayores no requiere hospitalización. Estas son buenas noticias a corto plazo, pero no pueden llevarnos a olvidar el pasado. A medio plazo es necesario tomar medidas para que la catástrofe no se repita en caso de futuras pandemias.

La preparación para afrontar otras posibles epidemias se beneficiaría de un enfoque sindémico. Se propone que la epidemia de COVID-19 en los centros residenciales es el resultado de la interacción biológica de varias epidemias (limitaciones de funcionamiento físico y deterioro cognitivo, COVID-19) que concurren en un entorno que las potencia y multiplica sus efectos. Se identifica el entorno residencial como objetivo de intervenciones urgentes. Estos centros deben disponer de medios de prevención de propagación de la infección (vigilancia, pruebas, capacidad de aislamiento, rastreo y equipos de protección individual), estar dotados de una fuerza laboral suficiente, con formación específica sobre prevención y control de infecciones, y con condiciones laborales dignas que redunden en el bienestar de las personas residentes y de los propios trabajadores.

La COVID-19 ha puesto al descubierto las muchas deficiencias del sistema de cuidados de larga duración, pero también puede ofrecer oportunidades de mejora en los sistemas de vigilancia de la salud y en la preparación para hacer frente a futuras pandemias, asegurando la equidad en la atención a esta población de personas mayores vulnerables. En concreto, en España, sería necesario disponer de:

- Un sistema de información que facilite la vigilancia de salud con indicadores de resultados relacionados con la calidad de los cuidados (caídas, ataduras, contención química, úlceras de presión), incluyendo también datos sobre incidencia de infecciones y características sociodemográficas y de estado de salud de las personas residentes⁹.

- Planes de contingencia en cada residencia que aseguren el nombramiento de una persona responsable de la prevención y el control de las infecciones, la formación de trabajadores en materia de prevención y control de infecciones, los protocolos de actuación en colaboración con los servicios de salud pública, atención primaria y hospitalaria, la disponibilidad de equipos de protección individual y la constitución de un comité de salud en el que participen trabajadores, residentes y familiares elegidos democráticamente.

- Inspecciones sanitarias realizadas por los servicios de salud pública, cuyos resultados sean públicos y accesibles a la ciudadanía.

La futura Agencia Estatal de Salud Pública debería integrar entre sus funciones la vigilancia de la salud en el medio residencial, aunque las competencias estén transferidas a los gobiernos autonómicos.

Contribuciones de autoría

M.V. Zunzunegui es la única autora del editorial.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Ioannidis JPA. Precision shielding for COVID-19: metrics of assessment and feasibility of deployment. *BMJ Glob Heal.* 2021;6:4614.
- Comas-Herrera AZJ, Litwin C, Hsu AT, et al. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence. London: International Long Term Care Policy Network; 2020.
- Ioannidis JPA, Axfors C, Contopoulos-Ioannidis DG. Second versus first wave of COVID-19 deaths: shifts in age distribution and in nursing home fatalities. *Environ Res.* 2021;195:110856.
- Liu M, Maxwell CJ, Armstrong P, et al. COVID-19 in long-term care homes in Ontario and British Columbia. *CMAJ.* 2020;192:E1540–6.
- Krutikov M, Hayward A, Shallcross L. Spread of a variant SARS-CoV-2 in long-term care facilities in England. *N Engl J Med.* 2021;384:1671–3.
- Weil AA, Newman KL, Ong TD, et al. Cross-sectional prevalence of SARS-CoV-2 among skilled nursing facility employees and residents across facilities in Seattle. *J Gen Intern Med.* 2020;35:3302–7.
- Terebuh PD, Egwiekhor AJ, Gullett HL, et al. Characterization of community-wide transmission of SARS-CoV-2 in congregate living settings and local public health-coordinated response during the initial phase of the COVID-19 pandemic. *Influenza Other Respir Viruses.* 2021;15:439–45.
- Chen MK, Chevalier JA, Long EF. Nursing home staff networks and COVID-19. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2021;118, e2015455118.
- Marrocco FN, Coke A, Kitts J. Ontario's Long-Term Care COVID-19 Commission - Final Report. (Consultado el 28/5/2021). Disponible en: <http://ltccommission-commissionsld.ca/report/index.html>.
- Fisman DN, Bogoch I, Lapointe-Shaw L, et al. Risk factors associated with mortality among residents with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in long-term care facilities in Ontario Canada. *JAMA Netw Open.* 2020;3:2015957.
- Ladhani SN, Chow JY, Janarthanan R, et al. Investigation of SARS-CoV-2 outbreaks in six care homes in London April 2020. *EClinicalMedicine.* 2020;26.
- Fraser, Health. Order of the Provincial Health Officer Facility Staff Assignment Order. British Columbia. 2020 (Consultado el 28/5/2021). Disponible en: www.fraserhealth.ca.
- Ehrlich HY, Harizaj A, Campbell L, et al. SARS-CoV-2 in nursing homes after 3 months of serial, facilitywide point prevalence testing Connecticut, USA. *Emerg Infect Dis.* 2021;27:1288–95.
- Wang L, Qi N, Zhou Y, et al. Prevention and infection control of COVID-19 in nursing homes: experience from China. *Age Ageing.* 2020;49:894–5.
- Dichter MN, Sander M, Seismann-Petersen S, et al. COVID-19: it is time to balance infection management and person-centered care to maintain mental health of people living in German nursing homes. *Int Psychogeriatr.* 2020;32:1157–60.
- Diamantis S, Noel C, Tarteret P, et al. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2)-related deaths in French long-term care facilities: the “confinement disease” is probably more deleterious than the coronavirus disease-2019 (COVID-19) itself. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21:989–90.
- Stall NM, Johnstone J, McGeer AJ, et al. Finding the right balance: an evidence-informed guidance document to support the re-opening of Canadian nursing homes to family caregivers and visitors during the coronavirus disease 2019 pandemic. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21:1365–70, e7.
- IMSERSO. Reporte n.º 1. Enfermedad por coronavirus (COVID-19) en centros residenciales. Actualizado el 21/2/2021. Madrid; 2021. Disponible en: https://www.msrebs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Informe_Semanal_Residencias_20210302.PDF.
- Mediavilla M. Residencias en tiempos de COVID: personas mayores abandonadas a su suerte. 2020 (Consultado el 14/4/2021). Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/reportajes/residencias-en-tiempos-de-covid-personas-mayores-abandonadas-a-su-suerte/>
- Médicos Sin Fronteras. Informe de MSF sobre las residencias en España. 2020 (Consultado el 14/4/2021). Disponible en: <https://msfcovid19.org/informe-de-msf-sobre-las-residencias-en-espana/>.
- ActuarCOVID. La COVID-19 en las residencias de mayores en la Comunidad de Madrid: situación actual y propuestas de prevención y control. 2020. Disponible en: <https://actuarcovid.files.wordpress.com/2021/02/dt1.actuarcovid-la-covid-19-en-las-residencias-de-mayores.situacion-actual-y-propuestas-de-prevencion-y-control.pdf>.
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda. Informe del Grupo de Trabajo COVID-19 y Residencias presentado al Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Madrid. 2020. Disponible en: https://www.imserso.es/imserso.01/mas.informacion/serv_soc/inf_cr/index.htm.
- Rico M. ¡Vergüenza! El escándalo de las residencias. Barcelona: Planeta; 2020. p. 416.
- El Principado registra 22 brotes de coronavirus en residencias, con 276 positivos. *Coronavirus.* (Consultado el 29/5/2021). Disponible en:

- <https://coronavirus.asturias.es/-/asturias-registra-22-brotos-de-coronavirus-en-residencias-con-276-positivos>.
25. Causa R, Almagro Nieves D, Bermúdez Tamayo C. COVID-19 and functional dependence: cohort study of an outbreak in a nursing home for elderly. *Rev Esp Salud Publica*. 2021;95:e202103045.
 26. Menéndez Colino R, Merello de Miguel A, Argentina F, et al. Evolución de la COVID-19 en las residencias de personas mayores desde la segunda ola hasta la vacunación. Descripción de un programa de coordinación entre atención primaria, geriatría y salud pública. *Rev Esp Salud Publica*. 2021;95:e202105071.
 27. Abellán García A, Aceituno Nieto MP, Fariñas D, et al. Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Madrid;. 2021 (Consultado el 14/4/2021). Disponible en: <http://envejecimientoenred.es/estadisticas-sobre-residencias-2020/>
 28. Zunzunegui MV. El exceso de mortalidad por COVID-19 en las personas mayores que viven en las residencias de España: variaciones entre comunidades autónomas. (Consultado el 29/5/2021). Disponible en: <http://envejecimientoenred.es/el-exceso-de-mortalidad-por-covid-19-en-las-personas-mayores-que-viven-en-las-residencias-de-espana-variaciones-entre-comunidades-autonomas/>.
 29. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. El Ministerio de Sanidad y las CCAA acuerdan por unanimidad actuaciones coordinadas para controlar la transmisión de la COVID-19. (Consultado el 29/5/2021). Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/gl/gabinete/notasPrensa.do?id=5025>.