

La vacuna de la COVID-19 es solo una capa más de protección: urgen medidas para evitar otra gran tragedia en las residencias de mayores en España

Ya desde las primeras fases de la pandemia de COVID-19, quedó patente que el riesgo de enfermedad grave se incrementaba con la edad y con las comorbilidades, por lo que las personas mayores que vivían en residencias eran particularmente vulnerables. En estos centros, un gran número de personas conviven en espacios cerrados y hay mucho movimiento de otras personas entrando y saliendo (por ejemplo, personal y familiares); estas condiciones son particularmente propicias a la propagación de una infección.¹

Los riesgos a los que se enfrentan las personas que viven en residencias de mayores se reflejan en las alarmantes estadísticas. En España, más del 6% de la población total de residentes en estos centros ha fallecido a causa de la COVID-19 o con síntomas compatibles.²

En las residencias de mayores, **siguen dándose brotes con demasiada frecuencia**. Desde el inicio de la desescalada (23 de junio), se han producido 1.430 brotes, con un total de 25.710 casos: es decir, el 17% de los casos producidos por brotes desde la desescalada se han dado en residencias.³

Según el 'Informe del Grupo de Trabajo COVID-19 y residencias', en España, el coronavirus ha dejado en las residencias de mayores 20.268 víctimas mortales hasta el 23 de junio (en la primera ola).⁴ Ese mismo informe indica que, aunque aún no es posible establecer de forma consistente la proporción de fallecimientos por COVID-19 en residencias sobre el total de fallecimientos, es plausible un rango de **entre el 47% y el 50% en la primera ola**.

Desde el 23 de junio, no hay datos oficiales confirmados por el Ministerio de Sanidad de fallecimientos en residencias por COVID-19. Pero podemos mencionar la información de las comunidades autónomas recopilada por RTVE: según estas fuentes, hasta el 21 de diciembre de 2020, 24.575 mayores con COVID-19 o síntomas similares habrían fallecido en residencias.⁵ Según esta misma fuente, este colectivo representaría el 48,3% de las muertes totales por coronavirus notificadas por el Ministerio de Sanidad en ese periodo.

La experiencia de la primera ola

A la vista del devastador panorama durante la primera ola de la pandemia, Médicos Sin Fronteras (MSF), organización médico-humanitaria que asiste a personas afectadas por conflictos armados, epidemias, desastres naturales o exclusión de la atención sanitaria, se implicó activamente en la respuesta a la COVID-19 en numerosos países europeos. Aunque las informaciones sobre la aprobación paulatina de varias vacunas son alentadoras, es probable que los programas de vacunación tarden entre tres y seis meses en implementarse y es muy posible que aún estemos lejos de la inmunización de grupo. Tampoco está claro cuán efectivas pueden ser las diferentes vacunas en términos de porcentaje de reducción de la transmisión. En definitiva, **la vacunación es solo una capa más en la estrategia de protección de las personas mayores en las residencias**.⁶

Mientras tanto, una vez más nos enfrentamos a una gran cantidad de casos, ingresos hospitalarios y muertes. El personal de las residencias está exhausto y las largas horas de trabajo y el estrés están pasando factura a la salud mental de este colectivo profesional.

La identificación de una nueva variante potencialmente más infecciosa en Reino Unido y las fiestas navideñas han añadido más complejidad a los peligros que nos esperan en 2021. Tememos que, **si no aprendemos de la experiencia de la primera ola**, nos enfrentaremos una vez más a las escenas desoladoras de una crisis humanitaria grave. Para evitar tal situación, es imprescindible que todos los actores implicados en la respuesta a la pandemia – desde el Gobierno hasta las gerencias de las residencias y el personal implicado en el cuidado y atención a las personas mayores– **asuman sus responsabilidades** y trabajen de forma coordinada. Durante nuestro trabajo en primera línea en la primera ola, recogimos información sobre la situación de las residencias y, desde agosto, estamos realizando un seguimiento de su evolución. Gracias a ambos componentes, realizamos una serie de recomendaciones ampliamente aplicables para orientar y apoyar a los actores implicados en la respuesta. Como organización humanitaria, y habiendo sido testigos del inmenso sufrimiento vivido, todas nuestras recomendaciones están basadas en la dimensión humana de esta crisis.

Lecciones aprendidas y necesidades urgentes

Una de las problemáticas más desgarradoras de la primera ola fue la denegación de atención médica adecuada a las personas mayores que vivían en residencias, que, debido a la saturación del sistema de salud, fueron dejadas a su suerte, lo que se tradujo en la pérdida de numerosas vidas.⁷ **El acceso adecuado a la atención médica es un derecho humano fundamental**, que no debería depender del lugar en el que vive la persona, sea su casa particular o una residencia. El acceso a la salud debería garantizarse de manera uniforme y con la misma calidad, tanto en la atención primaria como en la especializada, así como en los cuidados paliativos al final de la vida.⁸ Como observación general, huelga decir que deben adoptarse medidas proactivas para garantizar que la Sanidad nunca llegue al colapso sufrido en la primera ola.

A continuación, abordaremos cuestiones específicas que identificamos en nuestra intervención en las residencias durante la primera ola, relacionadas tanto con la gobernanza (como las dificultades en la gestión conjunta, donde **faltó coordinación y colaboración** entre los proveedores de cuidados de salud y las autoridades sanitarias), como en los niveles más operativos y específicos (como el reto de trabajar en infraestructuras y espacios inadecuados, la alta ocupación de las residencias y la falta de pruebas de diagnóstico de la COVID-19). Todo ello redujo el margen de maniobra para poder aplicar medidas de aislamiento, cuarentena y distancia física.

Aunque las medidas de prevención y control de infecciones (PCI) podrían salvar muchas vidas y evitar mucho sufrimiento, es fundamental considerar la dimensión humana de la pandemia y por tanto **la respuesta debe tener una perspectiva humanitaria** y no solo técnica y de salud pública; la forma más eficaz de controlar la COVID-19 es mediante un “tratamiento social” adecuado.⁹ Toda intervención exclusivamente técnica debe sopesar cualquier riesgo social de deshumanización. Ninguna solución o recomendación puede por sí misma detener el virus, pero la suma de muchas pequeñas intervenciones sí puede tener un impacto importante. Por consiguiente, insistimos en que la aplicación de estas recomendaciones es **responsabilidad de todos y cada uno de los agentes implicados**.

En el plano organizativo, deberían considerarse las siguientes opciones (movilizando los recursos humanos y financieros necesarios):

- Asegurar el **acceso rápido a información y recursos de fácil uso** en forma de guías, orientaciones y procedimientos sobre la prevención y control de la COVID-19. Huelga decir que el personal sanitario y sociosanitario debe tener acceso rápido y simplificado a equipos de protección individual (EPI) adecuados, de calidad y en cantidad suficiente. El

personal tiene que poder identificar síntomas atípicos que puedan presentarse, particularmente en personas mayores.

- **Reclutar y preparar a personal de refuerzo** en previsión de una posible falta de recursos humanos, sin esperar a que esta suceda.
- Establecer **procedimientos claros y rigurosos** sobre el manejo de pacientes sintomáticos.
- Garantizar que tanto residentes como personal reciben **apoyo psicosocial** si lo necesitan.
- Designar en cada residencia una **figura de referencia** que apoye e impulse la aplicación de las **medidas de PCI** e identificar a personas clave en cada área para casos de emergencia. En particular, debería considerarse la posibilidad de crear un puesto específico para el seguimiento, formación y comunicación interna de las medidas de PCI.
- **Adaptar las medidas** de protección a los residentes con deficiencias cognitivas (como la demencia), velando por preservar su dignidad.

Con el fin de minimizar el riesgo de transmisión de la COVID-19 en las residencias, deberían tomarse en consideración las siguientes medidas:

- Dada la alta rotación de personal en las residencias, asegurar que los equipos o personas de referencia en materia de PCI están disponibles para dar **apoyo técnico** a la plantilla, de forma presencial o virtual.
- Garantizar el acceso adecuado a los **servicios médicos externos** para salvaguardar la continuidad de la atención.
- Asegurar la disponibilidad de **pruebas de diagnóstico** y de los medios necesarios para aislar a los pacientes confirmados o con sospecha de infección.
- **Minimizar las formas de contacto personal** que constituyen un riesgo de transmisión, por ejemplo, asegurando la distancia física, utilizando mascarillas, ventilando adecuadamente durante los tiempos recomendados y habilitando espacios para la higiene de manos. Cualquier medida de distancia física debe ir acompañada de una acción que mitigue el **riesgo de aislamiento y soledad** de los residentes.
- Evaluar la necesidad de **adaptar algunas de las actividades diarias** organizadas en las residencias.
- Proceder a la limpieza periódica, seguida de la desinfección, de las zonas comunes y las habitaciones de los residentes, especialmente de las superficies que se tocan con frecuencia. **Asegurar la ventilación de espacios**, lo que también desempeña un papel fundamental en la prevención de las infecciones respiratorias (el número mínimo de intercambios de aire por hora debe garantizarse en todo momento, de acuerdo con la normativa aplicable).

La realización de pruebas de diagnóstico y el seguimiento de los contactos son las piedras angulares de las medidas de control y prevención. Deben realizarse **pruebas al personal de las residencias de forma regular**; además, siempre que haya un caso confirmado (ya sea en residentes o en el personal), deben realizarse pruebas exhaustivas al resto de residentes y trabajadores. Aunque la PCR sigue siendo la prueba más eficaz, las nuevas pruebas rápidas de antígenos pueden ayudar a la identificación temprana de contagios. Una vez que se identifica un caso confirmado o sospechoso de COVID-19, se debe realizar el **seguimiento completo de los posibles contactos** y proceder a un aislamiento que siga las recomendaciones nacionales, que siempre deben tomar como referencia las directrices de la Organización Mundial de la Salud. Desde el punto de vista de la salud pública, también es vital compartir los resultados de las pruebas con los organismos de salud pública locales y

nacionales. Es importante asegurar que las residencias cuenten con el apoyo y los recursos tecnológicos necesarios para compartir datos en tiempo real.

Mientras se espera la implantación completa de las vacunas de la COVID-19, **no debemos descuidar otras campañas de vacunación**. Por ejemplo, la vacunación de mayores de 65 años contra el neumococo y la gripe puede mitigar el impacto de la COVID-19 en esta franja de edad, ya que puede contribuir a reducir las complicaciones asociadas a estas infecciones y las hospitalizaciones relacionadas con las mismas. Cuando la vacuna de la COVID-19 esté ampliamente disponible, deberá darse prioridad a las personas que viven en residencias de mayores y al personal de estos centros, para reducir al mínimo el riesgo de infección en las personas vulnerables.

Las personas con necesidades de atención a largo plazo suelen necesitar estructuras de apoyo continuas, complejas y personalizadas. Los cuidados asistenciales en particular requieren altos niveles de contacto físico y emocional. Las personas que reciben estos cuidados y que dependen de este apoyo se benefician enormemente de su continuidad. Las apremiantes necesidades técnicas pueden hacernos olvidar **el elemento más importante: las personas**, tanto las que viven en las residencias como las que allí trabajan. Cualquier acción que descuide la dimensión humana está destinada a fracasar.

Referencias

¹ 'Rapid Risk Assessment: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK– ninth update'. Stockholm: ECDC; 2020. [Actualizado: 24/04/2020]. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic-ninth-update>.

² 'Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence'. Adelina Comas-Herrera, Joseba Zalakaín, Elizabeth Lemmon, David Henderson, Charles Litwin, Amy T. Hsu, Andrea E. Schmidt, Greg Arling and Jose-Luis Fernández. [Actualizado: 14//2020]. Pg. 14. International Long Term Care Policy Network. <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/10/Mortality-associated-with-COVID-among-people-living-in-care-homes-14-October-2020-5.pdf>.

³ 'Actualizaciones' nº 230, 235, 240, 245, 250, 255, 260, 265, 269 y 274 del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (Ministerio de Sanidad). Datos hasta el 17/12/2020. [Internet]. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_274_COVID-19.pdf.

⁴ 'Informe del Grupo de Trabajo COVID-19 y residencias'. Versión final: 24/11/2020. [Internet]. https://www.mscbs.gob.es/ssi/imserso/docs/GTCOVID_19_RESIDENCIAS.pdf.

⁵ 'Radiografía del coronavirus en residencias de ancianos: más de 24.600 muertos con COVID-19 o síntomas compatibles'. [Internet]. <https://www.rtve.es/noticias/20201221/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>.

⁶ 'Un queso suizo, un virologo australiano y una vieja teoría: ingredientes perfectos para frenar al virus'. [Internet]. https://www.niusdiario.es/sociedad/sanidad/queso-suizo-virologo-australiano-vieja-teoria-ingredientes-perfectos-para-frenar-coronavirus-covid-19_18_3044220357.html.

⁷ 'The COVID-19 on users of Long-Term Care services in Spain'. Joseba Zalakaín and Vanessa Davey. [Actualizado: 28/05/2020]. International Long Term Care Policy Network. <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCCovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf>.

⁸ 'Observación general nº 20: La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales' (art. 2.2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 02/07/2009. Consejo Económico y Social. Naciones Unidas.
https://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/E.C.12.GC.20_sp.doc

⁹ 'El control de la pandemia requiere de una estrategia y marco jurídico común. Informe Comisión Asesora COVID-19-OMC'. Organización Médico Colegial de España. Octubre de 2020.