

PERSONAS MAYORES EN RESIDENCIAS MODELO COVID-19 ESPAÑA

REFERENCIA	CV044	FECHA	30/04/2020
REVISADO	OPS	VERSION	V1

Nota de exención de responsabilidad

La información proporcionada en este sitio o en los documentos se basa en los conocimientos actuales y en información limitada a la experiencia de Médicos Sin Fronteras por tanto se encuentra condicionada a la actual situación nueva, urgente y excepcional ocasionada por la epidemia de CoVid-19.

Estas informaciones son soluciones imperfectas, provisionales y excepcionales considerando la falta de soluciones estándar y homologadas por lo que sólo deben usarse en ausencia de información, protocolos, procedimientos o materiales homologados previstos por los estándares de la Organización Mundial de Salud o del Ministerio de Sanidad.

Estas informaciones se publican para escalar, ampliar y acelerar la respuesta de los responsables y profesionales sanitarios y civiles de la sociedad que están implicados en la respuesta a la epidemia.

Estas informaciones no sustituyen la atención médica profesional, ni las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud o del Ministerio de Sanidad.

Médicos Sin Fronteras no puede responsabilizarse de la correcta implementación y resultados de las soluciones propuestas en estas informaciones.

Principales áreas de mejora identificadas	2
Modelo COVID-19	2
Comité de crisis.....	3
Las funciones del Comité de crisis respecto a las residencias serán:	3
Nivel de reunión de comité de crisis (CdC) multinivel y descentralizado:	3
Plan de acción para impulsar CdC:	3
Recursos Humanos.....	4
La actuación de MSF en materia de RRHH se centra en:	5
Vigilancia epidemiológica.....	5
Ausencia de <i>Test</i>	5
Prevención y control de la infección: Descongestión.....	5
Cuando el traslado se desaconseja por estado crítico del paciente:	6
Sectorización en Residencias de mayores:.....	7
Manejo de casos	7
Cuidados al final de vida	8
Mensajes Claves	8

Principales áreas de mejora identificadas

- Escaso *awareness* por parte de las autoridades y actores sobre la necesidad de trabajar en modo emergencia.
- Escasa movilización de recursos en aras de proteger intereses de negocio (hay recursos, pero no se quiere invertir).
- Necesidad de priorización de pacientes más vulnerables en respuesta COVID-19, los mayores son los que más mueren debido a sus comorbilidades y estado más frágil.
- Disponibilidad escasa de test sistemáticos para sectorización y manejo de pacientes.
- Capacidad limitada de dar información a las familias y promover despedidas dignas.
- Confusión en quién hace qué y la responsabilidad de los actores en la gestión de las residencias que demora la respuesta.
- Pacientes graves sin atención de cuidados de final de vida y frecuentemente no aceptados en los hospitales.
- Alta rotación en el personal de asistencia en residencia por miedo al contagio (falta de test y equipos de protección adecuados).
- Inexistencia de perfil logístico dentro del sistema sanitario, pieza fundamental del control de infección.
- Aceptación del hecho que el COVID-19 matará muchos mayores y no hay mucho que hacer.
- Los ratios cuidadores-residentes en condiciones normales no son adecuados para una situación como la crisis COVID-19 y suelen estar por debajo de los que normalmente tiene (más trabajo combinado con bajas/miedo, etc.).

Modelo COVID-19



Comité de crisis

En fases Iniciales los comités serán generales, pero luego pueden especializarse en tema Residencias de mayores.

El mensaje es: sólo personas ejecutivas con capacidad de mover recursos y tomar decisiones.

Multidisciplinar – Implicación de actores multisectoriales (incluir trabajo/administración pública-salud).

Ayudar a identificar la movilización de recursos.

Las funciones del Comité de crisis respecto a las residencias serán:

- Promover la conexión adecuada entre las residencias y el sistema sanitario.
- Movilización de recursos necesarios para lograr los objetivos.
- Incorporación del componente logístico (circuitos, pabellones, aislamiento, higiene), este recurso generalmente no existe en sistema sociosanitario.
- Definición y desarrollo de las estrategias adecuadas para dotar de los RRHH necesarios para asegurar una asistencia adecuada a las personas mayores en residencias durante la epidemia COVID-19.

Nivel de reunión de comité de crisis (CdC) multinivel y descentralizado:

CdC de Región o Provincia: dependerá de la estructura organizativa e integrará en su foro la gestión de residencias o delega a un subcomité con solo los actores específicos de esta área, totalmente separado del comité general, a pesar de que algunos de los miembros tendrán que estar en los dos comités.

CdC a nivel distrito de salud: Nivel APS/ Refieren a hospitales de segundo nivel y su red de residencias (ej.: comarcal en Cataluña, zone de Santé en RDC) e incluye salud, servicios sociales, bomberos, agentes municipales y locales para apoyo logístico o competencia en salud pública.

Nivel Alternativo: En zonas Metropolitanas pueden haber sub-zonas que refieren a hospitales de tercer nivel directamente (ej.: Barcelona).

Plan de acción para impulsar CdC:

Paso 1: Identificar quien es regularmente el ente gestor de residencias y quien tiene capacidad real de tomar de decisiones e implementar.

Con la crisis COVID-19, la competencia pasa al ámbito de Sanidad en España. PUEDE HABER CAMBIO DE ACTORES RESPONSABLES. De todas formas, tener en cuenta que el sistema suele estar debilitado.

Paso 2: Impulsar Comité de crisis promoviendo el “MODO EMERGENCIA” asumiendo que hasta que no esté el problema, costará pensar en un plan de contingencia.

Paso 3: Priorizar el componente Logístico que generalmente no está contemplado en el sistema sanitario ni de residencias y será clave para IPC.



Los perfiles logísticos tienen que ser identificados y multiplicados el día uno de la intervención.

Paso 4: Ayudar a pensar en posibles actividades en las que se pueda hacer *task shifting*.

Paso 5: Colaborar con la identificación de fuentes de RH, escuelas de enfermería/ medicina/ veterinaria/personal logístico de mantenimiento. (Probablemente los responsables pierden la capacidad de ver sus propios recursos) ej.: Departamento de trabajo solicita a MSF pool de personas para ser contratadas cuando existe un sistema de ocupación que en teoría podría proveer estos recursos.

Paso 6: Proveer material de formación adecuado disponible actualmente en la WEB MSF y planes formativos rápidos para grupos. Ej.: Formar escuadrón de IPC móviles con un *pack pre-reading/Webinar/on the job training*, para ampliar capacidad.

Recursos Humanos

- Tomar en cuenta el impacto que el contagio de staff y el miedo, como elementos agravantes de la situación de HHRR.
- Identificar perfiles más demandados: cuidadores/as, limpiadores/as, enfermeros/as.
- Diseñar e implementar set-up COVID-19: ratios, tareas, nuevos puestos. Por ej.: Punto Focal prevención y control de infecciones (PCI).
- Poner en marcha estrategias de atracción de candidatos/as, reclutamiento y *task shifting*.
- Integrar un programa de formación simplificada (para el personal nuevo reclutado, el personal de baja y/o reincorporado).
- Garantizar la seguridad laboral: equipos de protección, entre otros.

Los equipos que trabajan en estos centros están expuestos a un fuerte impacto emocional, agotamiento físico y mental, estrés y miedo al contagio.

El estrés y el agotamiento pueden inducir a errores en la ejecución de tareas y responsabilidades, esto conlleva diseminación la infección y aumentan la morbi mortalidad de los residentes y sus familias.

De la misma manera, el personal de asistencia directa registra más bajas, ya que está más expuesto al contagio: sobre todo si no hay EPIs adecuados.

Según la normativa vigente y debido al aumento de tareas para la protección, prevención e higiene - en entorno COVID-19 - podría ser necesario aumentar los ratios personal vs. residentes.

Por otra parte, la actuación de las instituciones públicas en la atracción y reclutamiento de personal es indispensable, ya que tienen la competencia para la movilización de los recursos necesarios:

- Creación de bolsas de trabajo y formación específica COVID-19.
- Flexibilización en la contratación: personas interesadas y disponibles, pero sin



- título oficial y/o experiencia. Por ej.: Estudiantes de último curso de Enfermería, Medicina, Auxiliares.
- Creación de campañas de sensibilización sobre la situación alarmante y urgente que viven los mayores.
 - Distribución de equipos de protección y *test* entre el personal y los residentes de los centros.

La actuación de MSF en materia de RRHH se centra en:

- Apoyar de manera activa al personal responsable de las residencias y a las instituciones para una buena adecuación, planificación, organización e implementación de una estrategia global de respuesta al COVID-19 en modo EMERGENCIA.
- Actuar como puente entre la situación que viven las residencias visitadas por MSF y las instituciones públicas y actores implicados.
- Encontrar otras líneas de actuación, oportunidades, recursos y ponerlos a disposición de las residencias e instituciones.

Vigilancia epidemiológica

- *Screening* sistemático – PCR/RDT/Definición de caso (Mayores no suelen cumplir definición de casos).
- *Contact tracing*: Residentes y personal de residencia – Monitoreo de síntomas – Persona focal.
- Idealmente debería hacerse un *screening* masivo con PCR en todas las residencias a residentes y personal (día 0 – *baseline*). En base a resultados del *test* proceder a la segregación de pacientes (Ver *slide* Prevención y Control de la Infección).
- A partir de este punto de partida, a cada residente previamente COVID- que presente síntomas se le deberá realizar *test* (para manejo clínico).
- Establecer una persona focal que haga comprobación de aparición de síntomas en residentes dos veces/día; así como la misma comprobación vía telefónica para el personal, para prevenir desplazamientos al centro cuando haya sospecha de COVID.
- Aquellos residentes sospechosos COVID deben aislarse de inmediato y solicitar asistencia sanitaria al equipo de Atención Primaria.

Ausencia de *Test*:

¿Cómo proceder en ausencia de *test*?

¿Definición de caso muy sensible poco específica (cualquier historia de registro puntual de fiebre, diarrea, etc.) para segregar?

Prevención y control de la infección: Descongestión

- Desdoblamiento en sistema COVID y no COVID.
- Aislamiento y establecimiento de circuitos.
- Referencia a residencia COVID u hospital en caso de no poder garantizar medidas de aislamiento y/o cuidados adecuados.



- Referencia a residencia no COVID para mayores PCR (-) o definición de casos de alta sensibilidad (-) que están en residencia con N.º elevado de casos COVID confirmados o sospechosos.
- Responsable IPC en el centro (perfil Log junior MSF).
- Responsable IPC por cada 10 residencias (perfil Log senior móvil MSF).

Mientras exista el desdoblamiento del sistema sanitario, debería mantenerse también el desdoblamiento del sistema de residencias, COVID y no COVID.

Set up de residencias centrales de gran capacidad donde referir residentes COVID positivo. Se consigue asegurar una adecuada prestación de cuidados a los asintomáticos, a la vez que se descarga la residencia de origen de una presión asistencial para la que no está preparada y que distraerá la atención y cuidados del resto de los residentes a la vez que aumenta el riesgo de transmisión de la infección.

En aquellas residencias donde la mayoría de las personas sean casos confirmados o sospechosos, puede ser más eficiente sacar a los que no han presentado síntomas (presuntamente COVID-, aunque preferible testear si hay disponibilidad) para protegerlos y transferirlos al sistema limpio.

Este sistema de referencias a residencias centrales se aplicará para aquellas residencias que por razones estructurales o de déficits de gestión no puedan garantizar una adecuada separación de circuitos limpio y sucio, y el aislamiento de casos confirmados y sospechosos.

Deberá haber una persona focal a cargo del IPC de cada centro. No se recomienda que esta tarea recaiga sobre ninguno de los cuidadores ya desempeñando otras funciones en el día a día de la residencia y tiene alto riesgo de rotación por infección.

Un responsable IPC a nivel de las instituciones gestoras/supervisoras de las residencias (y conectadas con el Servicio de Atención Primaria) deberá supervisar la implementación de las medidas de prevención y control de infección de las residencias de su área de cobertura. Un supervisor por cada 6 residencias que pueda volver a supervisar aproximadamente cada 2-3 días, dependiendo de cada contexto, esto aplica sólo a Barcelona.

Cuando el traslado se desaconseja por estado crítico del paciente:

Promover que existan cuidados paliativos y de final de vida en la misma residencia a cargo de AP o equipo Atención domiciliaria de equipos de paliativos.



Sectorización en Residencias de mayores:



Tipo A: centro residencial con profesionales asistenciales, de tipo sanitario o no; con capacidad de procurar una zona de aislamiento con requisitos mínimos para la atención a COVID+ sintomatología sospechada.

Tipo B: centro residencial con profesionales asistenciales, de tipo sanitario o no, con dificultades para procurar una zona de aislamiento de forma amplia, pero sí en casos puntuales con los requisitos mínimos para una atención en la residencia de casos COVID+ o con sintomatología sospechada.

Tipo C: centro residencial sin profesionales asistenciales de tipo sanitario propios y que no reúnen los requisitos mínimos para la atención a la residencia en esta situación de necesidades esenciales sanitarias y aislamiento originada por el COVID19.

Manejo de casos

- Visita médica equipos AP.
- Cuidados de enfermería -> valorar *task shifting*.
- PCR/RDT al inicio de síntomas.
- Referencia a hospital COVID o pabellón *confort*.
- Referencia a hospital no COVID.

MSF defiende el derecho equitativo al acceso a la salud de todas las personas basado en criterios de vulnerabilidad.

Abogamos por criterios basados no discriminación hacia las personas mayores o con discapacidad.

Es injusto que las personas cuya salud está más amenazada por un eventual contagio del coronavirus fueran las más perjudicadas por esta crisis.

Promover que aquellos mayores en residencias reciban asistencia sanitaria individualizada (adhesión al tratamiento de base) según en su condición y antecedentes de salud, y no ser simplemente calificados para cuidados paliativos en virtud de su edad y lugar de residencia.

El *link* entre cada residencia y el sistema de AP (especialmente los equipos de atención domiciliaria) es imprescindible (se puede proponer que AP tenga equipos de “emergencia” por la rápida evolución y deterioro de pacientes COVID).

Cuidados al final de vida

- Promover la información de las familias y despedidas dignas.
- Visita médica equipos AP.
- Referencia a hospital si la condición clínica lo amerita, no todos deben ir al hospital.
- Lo amerita.
- Cuidados paliativos – Equipo paliativos AP en residencia.

Un rol de MSF frente a la población más vulnerable de esta pandemia es claramente el de humanizar los cuidados de los mayores en residencias y en sus últimas horas facilitando:

Unas despedidas dignas entre paciente y familiares con el debido respeto a unas medidas de distanciamiento y protección, limitando el número de asistentes.

Un entierro, los fallecidos de Covid19 ya que no son vectores de transmisión.

Promovemos el correcto tratamiento de las pertenencias de los fallecidos y su restitución a las familias.

Promover acciones que mejoren el flujo de información a las familias y la posibilidad de despedidas virtuales o presenciales.

Promover que aquellos mayores en residencias reciben asistencia sanitaria individualizada (adhesión al tratamiento de base) según en su condición y antecedentes de salud, y no ser simplemente calificados para cuidados paliativos en virtud de su edad y lugar de residencia.

El *link* entre cada residencia y el sistema de AP (especialmente los equipos de atención domiciliaria) es imprescindible (se puede proponer que AP tenga equipos de “emergencia” por la rápida evolución de estos pacientes).

Cuidados paliativos y muerte digna es una asistencia especializada y multidisciplinar que debe incluir manejo clínico del dolor y otra sintomatología, cuidados de enfermería adecuados, apoyo psicosocial a pacientes y allegados y derecho a la despedida antes del fallecimiento.

Mensajes Claves

- El sistema de residencias suele ser frágil antes de la Epidemia.
- Priorizar la movilización de recursos para residencias al comienzo de la epidemia como se hace con el resto del sistema sanitario.
- Los Recursos Humanos pueden representar un área frágil en las residencias, por lo que resulta esencial apoyar y asesorar a los responsables de estos centros para adecuar su respuesta de actuación.
- Asegurar acceso a asistencia sanitaria independientemente de donde vivan los mayores.



- La figura IPC es clave en el control de la epidemia y supervivencia de los residentes.
- En las residencias colapsadas, el drenaje de pacientes y la adecuación de recursos es crítico para minimizar el impacto en la mortalidad y dignidad de los residentes.

