



# Cuidar a personas Mayores: lo que nos ha enseñado la pandemia

Organizan:



Auspician:

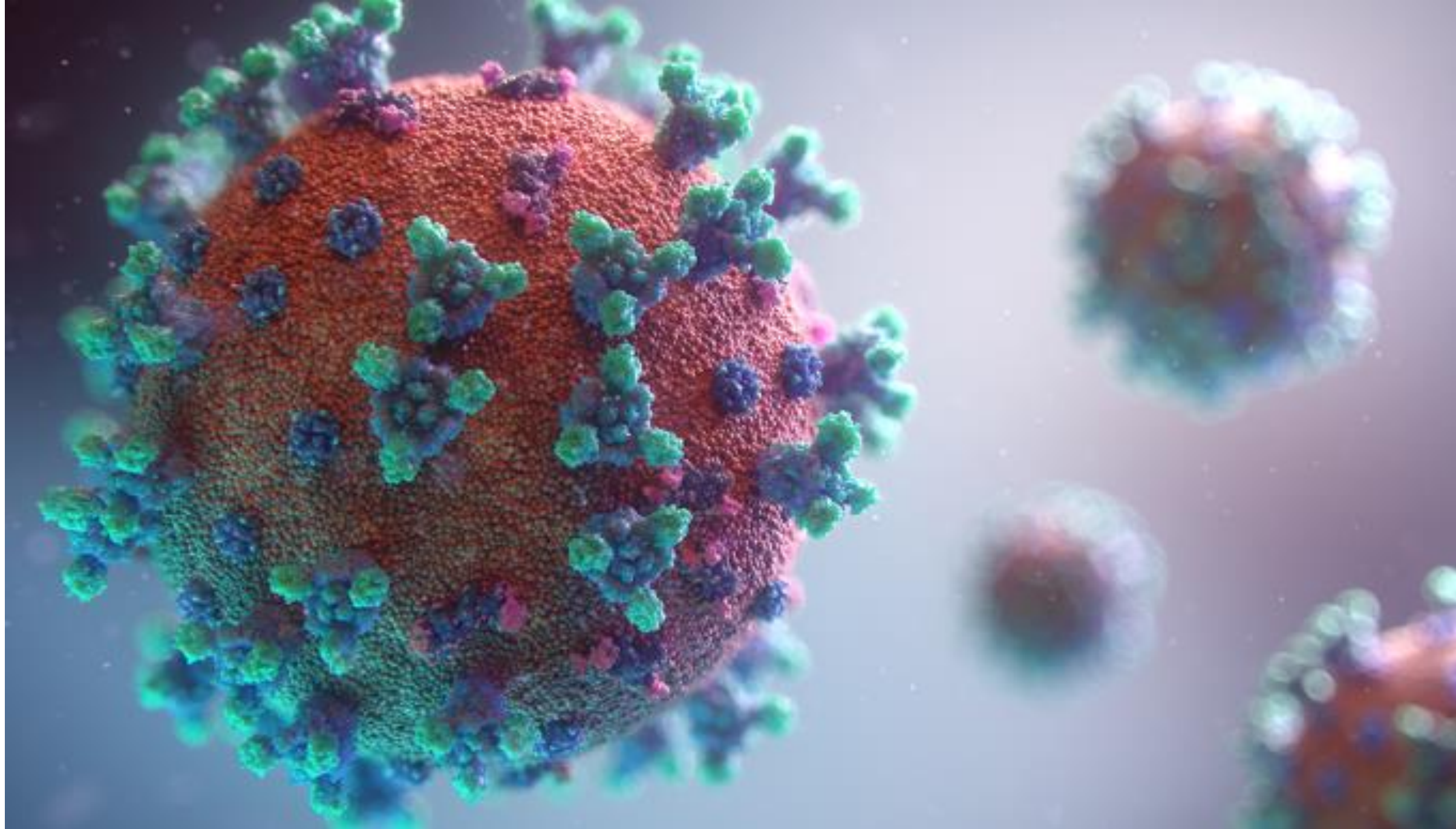


Miguel Angel Vázquez Vázquez  
Geriatra. Director CALIGERS  
España

# La longevidad humana...

- El envejecimiento de la población mundial se está convirtiendo en una de las transformaciones sociales más significativas del Siglo XXI, **por encima del cambio climático o las NNTT.**

*Informe 2017 de Naciones Unidas*



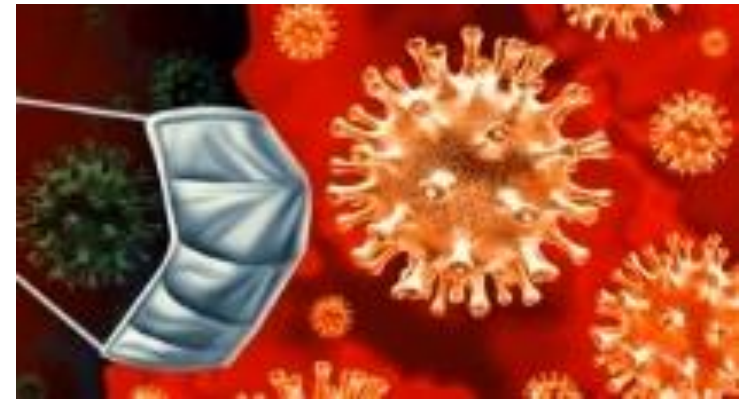
# COVID19 y Personas Mayores en España



**Asistimos perplejos a una gran epidemia mortal en personas: no la más grande**



En el siglo XXI



# COVID19 y Personas Mayores en Residencias Geriátricas

**Es cierto que en occidente y en países “desarrollados”  
asistimos a la mortalidad más elevada de personas  
Mayores de toda la historia de la humanidad**



Y somos responsables

# Resumen

- I. España: Breves **datos** de la pandemia
- II. Respuestas posibles
- III. Hubo **razones** para la tragedia
- IV. ¿hay aprendizajes?
- V. Las propuestas de futuro desde la realidad financiera



# España. Breves datos de la pandemia

Análisis de datos públicos

# 1. Al comienzo, en China...

- Los datos previos informaban de una mortalidad del 11 al 14% en personas Mayores de 80 años
- No había tratamientos eficaces aprobados
- Se informó de la necesidad de confinar (confinaron a ciudades como Wuhan) y se construyeron varios hospitales mientras mirábamos y pensábamos que era una exageración...



# Covid-19:

## ¿qué ocurría de enero a marzo de 2020

- Investigaciones como la de la London School of Hygiene & Tropical Medicine en un reciente estudio publicado en Nature indican que unos pocos eventos (como un curso, un coro, un entierro o una reunión mal ventilada) y unos pocos enfermos (quizás gente con gran carga viral o con mucha vida social) son responsables de gran parte de los contagios.
- El 80% de transmisiones son producidas por un 10%-20% de los casos

# Modelo Contagio GRIPE



El primer enfermo  
contagia a 3, el  
siguiente a 3, y así  
sucesivamente

# COVID-19 Si imaginamos cinco infectados:

- dos no infectarían a nadie,
- otros dos infectarían quizás a una persona cada uno,
- **y el quinto infectaría a ocho.**

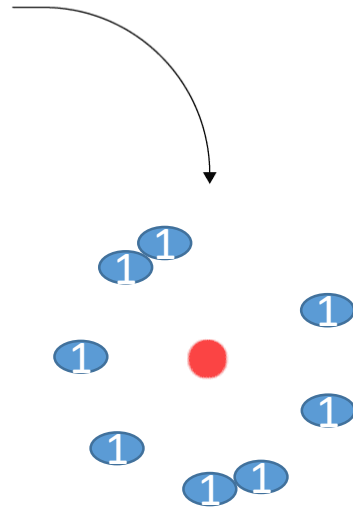
**el factor de dispersión K**

El K de la covid puede ser tan pequeño como un 0.1, [según algunos trabajos](#), menor incluso que el SARS (0.16) o MERS (0.25) y mucho menor que la gripe

# Modelo de contagio COVID-19

Esos eventos contagiadores se conocen como clústeres

Cuando los contagios aumentan y saltan a puntos distintos, del clúster se pasa al brote



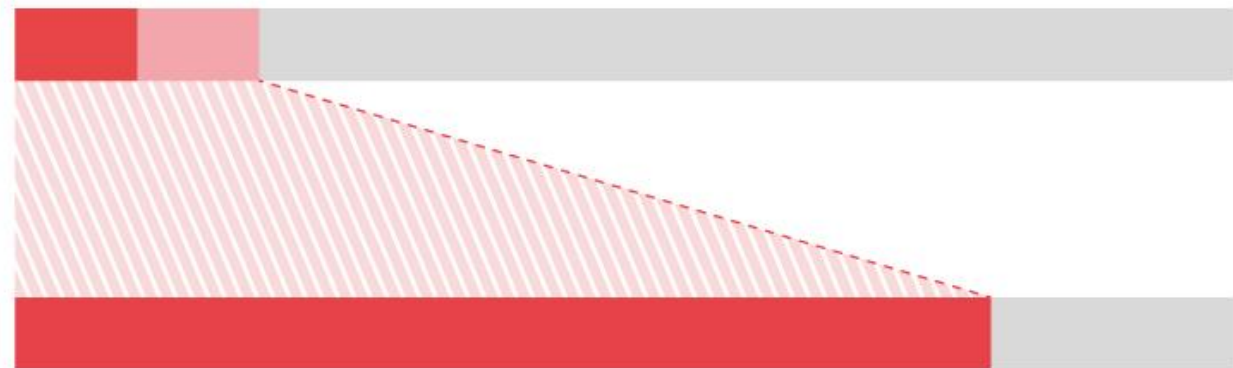
En esta simulación,  
el primer enfermo  
infecta a 16  
personas...

y ellos contagian a ocho. Solo  
uno de esos ocho provoca siete  
contagios más

# El 10-20% transmiten el 80% de los casos

Se calcula que dado este factor K, el 80% de los casos son producidos por entre el 10% y el 20% de los positivos.

10%-20% contagiadores





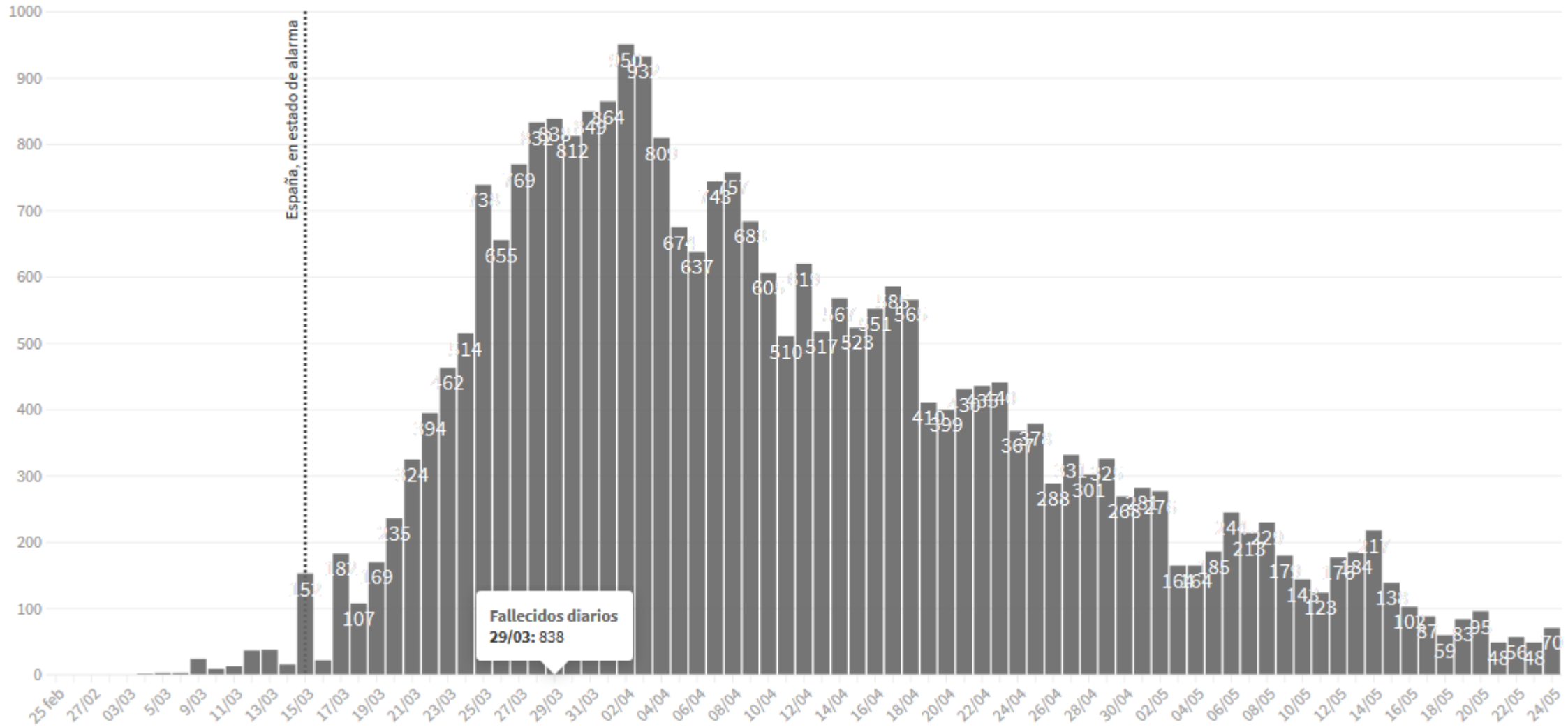
**Sanidad comunica 52.188 nuevos casos desde el viernes, un nuevo récord en un fin de semana**

## Características demográficas, clínicas y epidemiológicas

Características	n*	Total N (%)	Mujeres N (%)	Hombres N (%)	p-valor
Sexo	198863		110056 (55,3)	88807 (44,7)	
Edad. Mediana (RIC) <sup>2</sup>	198426	61 (46-78)	59 (44-79)	62 (49-77)	<0,001
Grupo de edad (años)	198426				
<2		306 (0,2)	135 (0,1)	171 (0,2)	
2-4		131 (0,1)	62 (0,1)	69 (0,1)	
5-14		513 (0,3)	241 (0,2)	272 (0,3)	
15-29		11629 (5,9)	7670 (7,0)	3959 (4,5)	
30-39		18417 (9,3)	11487 (10,5)	6930 (7,8)	
40-49		28729 (14,5)	16596 (15,1)	12132 (13,7)	
50-59		35375 (17,8)	19763 (18,0)	15608 (17,6)	
60-69		29571 (14,9)	13905 (12,7)	15662 (17,7)	
70-79		28793 (14,5)	12603 (11,5)	16189 (18,3)	
≥80		44962 (22,7)	27302 (24,9)	17658 (19,9)	<0,001
<b>Síntomas<sup>1</sup></b>					
Fiebre o reciente historia de fiebre	62433	47161 (75,5)	22878 (70,7)	24281 (80,8)	<0,001
Tos	56464	41938 (74,3)	21582 (73,8)	20352 (74,8)	0,008
Dolor de garganta	17194	4482 (26,1)	2768 (29,6)	1712 (21,9)	<0,001
Disnea	58260	30961 (53,1)	14930 (49,8)	16029 (56,7)	<0,001
Escalofríos	16934	5612 (33,1)	3003 (32,7)	2606 (33,6)	0,216
Vómitos	17188	1733 (10,1)	1079 (11,6)	654 (8,3)	<0,001
Diarrea	18001	5487 (30,5)	3125 (32,1)	2362 (28,6)	<0,001
Neumonía (radiológica o clínica)	94932	52903 (55,7)	22746 (46,7)	30154 (65,2)	<0,001
Síndrome de distrés respiratorio agudo	62859	4248 (6,8)	1593 (4,8)	2655 (9,0)	<0,001
Otros síntomas resp.	55352	8436 (15,2)	3812 (13,0)	4624 (17,8)	<0,001
Fallo renal agudo	65235	3184 (4,9)	1159 (3,3)	2025 (6,7)	<0,001
<b>Enfermedades y factores de riesgo<sup>1</sup></b>					
Una o más	121228	79820 (65,8)	40419 (62,5)	39396 (69,6)	<0,001
Enfermedad cardiovascular	110062	33140 (30,1)	14964 (25,5)	18174 (35,3)	<0,001
Enfermedad respiratoria	110062	11566 (10,5)	4717 (8,0)	6848 (13,3)	<0,001
Diabetes	110062	17838 (16,2)	7828 (13,4)	10010 (19,5)	<0,001
Hipertensión arterial†	110062	20750 (18,9)	10796 (18,4)	9954 (19,4)	<0,001
Hospitalización	170914	79697 (46,6)	34419 (36,7)	45271 (58,6)	<0,001
Ventilación mecánica	53867	3969 (7,4)	1205 (4,4)	2763 (10,5)	<0,001
Admisión UCI*	114321	6423 (5,6)	1935 (3,2)	4487 (8,4)	<0,001
Defunción	198876	15175 (7,6)	6251 (5,7)	8924 (10,0)	<0,001
Contacto estrecho con casos COVID-19 probable o confirmado	10691	5508 (51,5)	3418 (58,6)	2089 (43,0)	<0,001
Contacto con persona con infección respiratoria aguda	11698	5821 (49,8)	3605 (55,3)	2216 (42,8)	<0,001
Profesional sanitario	127664	26945 (21,1)	20289 (28,8)	6656 (11,6)	<0,001
Visita a centro sanitario	7199	947 (13,2)	552 (14,9)	395 (11,4)	<0,001

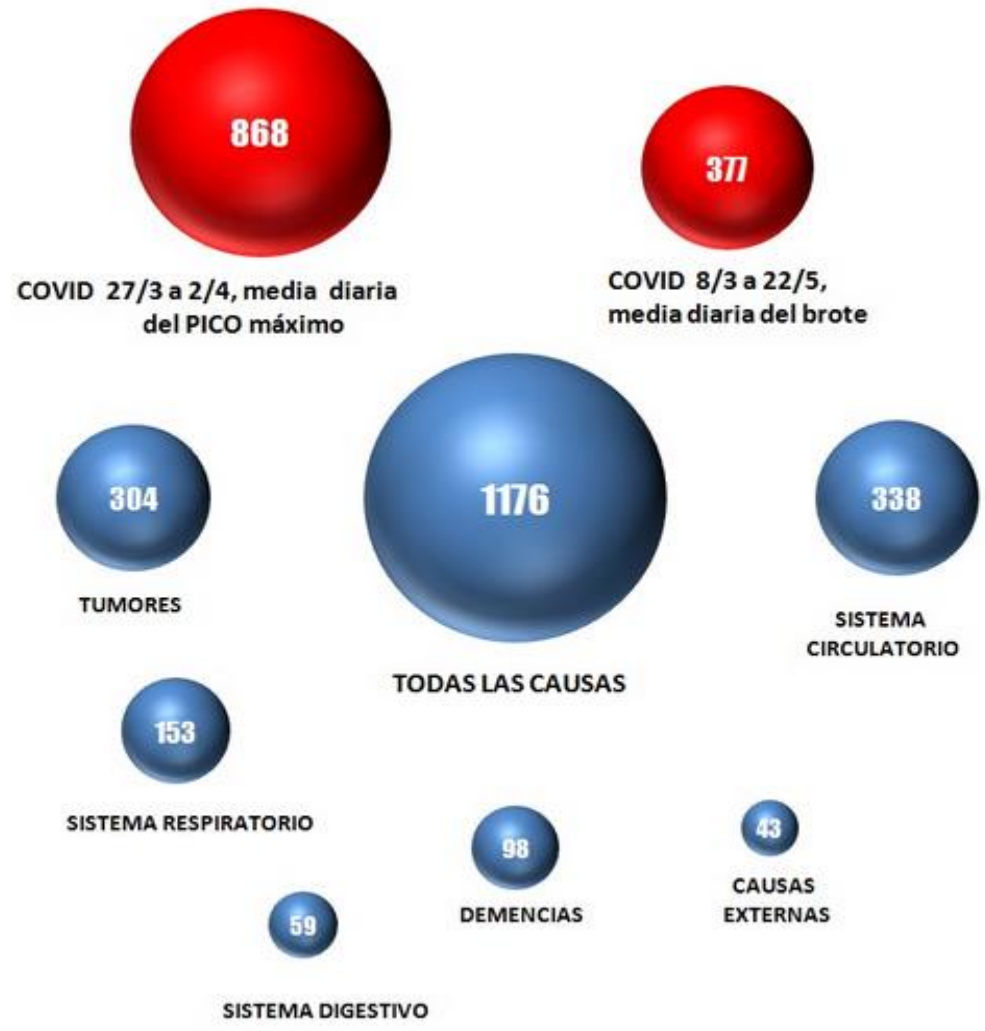
Fuente: Informe nº 26. Situación de COVID-19 en España a 27 de abril de 2020. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII), p. 6

## Fallecidos diarios con coronavirus en España





# Número de muertes diarias en España por COVID19 y por otras causas



Abellan, A. y Pujol, R. (2020). Covid-19 y su mortalidad en perspectiva con otras causas de defunción. [www.envejecimientoenred.es](http://www.envejecimientoenred.es)

# Muertes reales: Indicador MoMo

- Dado que en muchos casos de personas fallecidas no se realizó prueba de COVID19, y que no se ha podido hacer autopsias, se acude a datos de mortalidad media en los últimos años.
- En la siguiente diapositiva se observa la diferencia entre el número de fallecidos promedio de los últimos años y los reales actuales, por grupos de edad.
- El “exceso” de defunciones después de los 74 años es de 106.000 personas, es decir, que respecto a los años anteriores se han muerto de 106.000 personas más en este periodo y en este grupo de edad.

# 13 marzo a 22 mayo

Periodo de exceso de mortalidad



## 43034

Defunciones en exceso

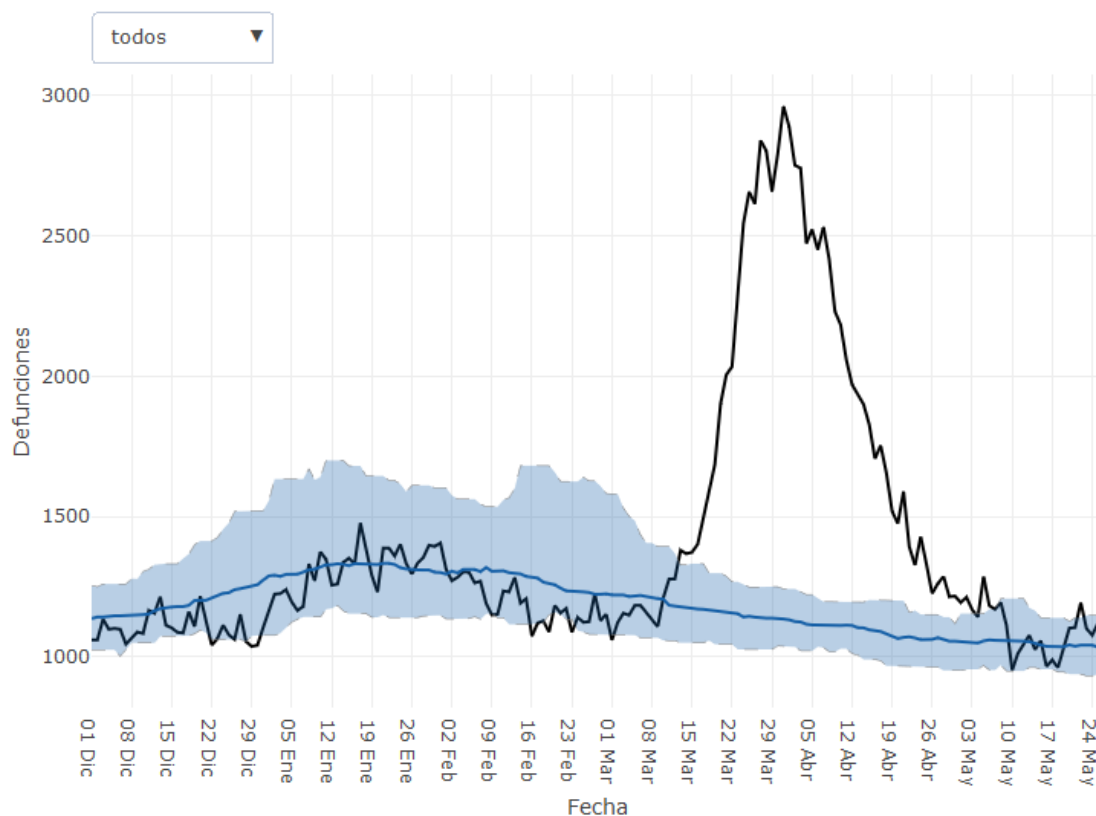


## 55

% defunciones en exceso



### Mortalidad por todas las causas. España



### Defunciones por todas las causas en exceso, por grupo de población. España

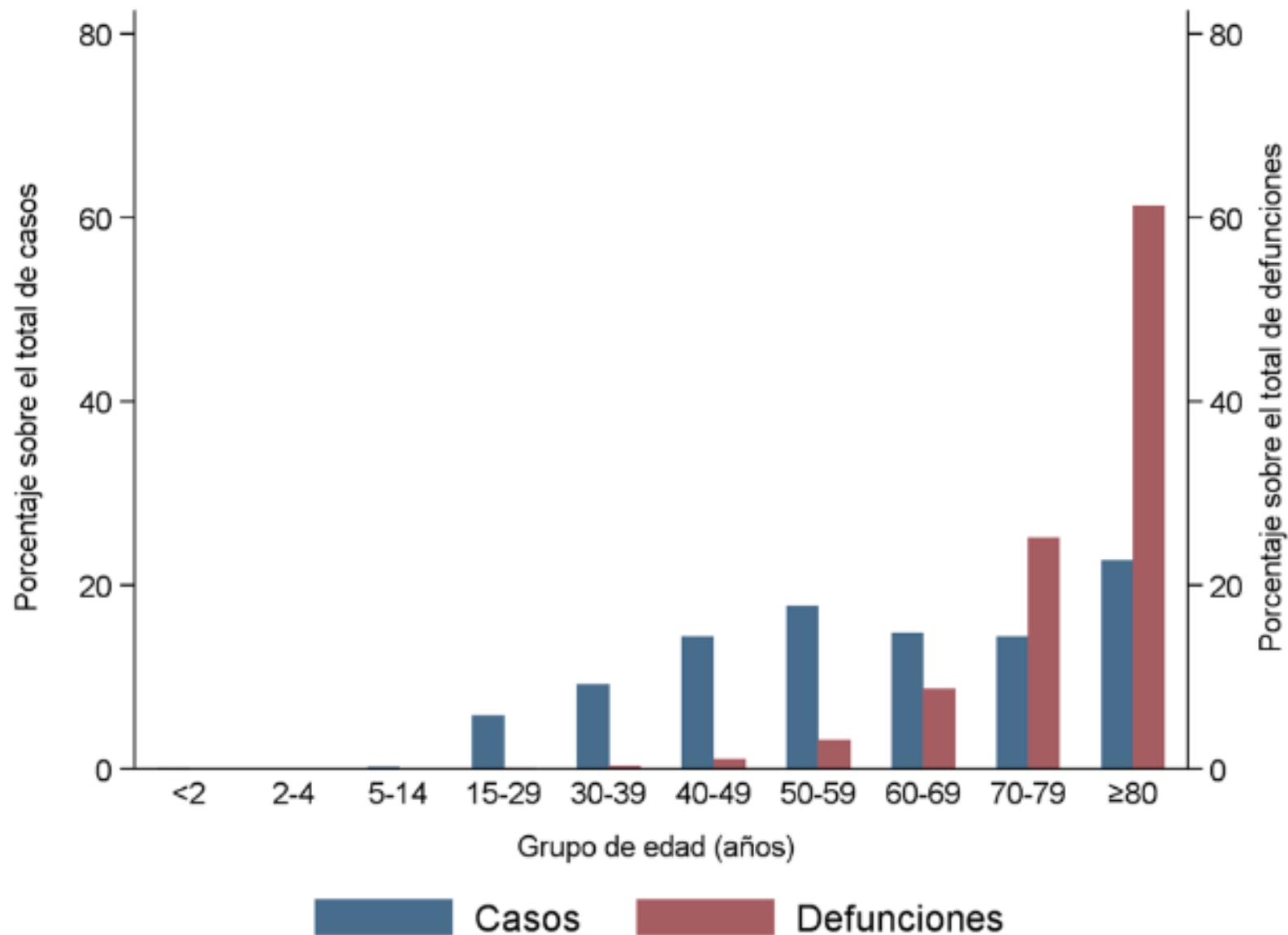
Población	Observadas N	Esperadas N	Exceso N	Exceso %
todos	120851	77817	43034	55 %
hombres	59943	39052	20890	54 %
mujeres	57714	37076	20638	56 %
edad < 65	13186	11026	2160	20 %
edad 65-74	15793	10832	4962	46 %
edad > 74	91879	56340	35539	63 %

Defunciones observadas, estimadas y exceso de defunciones por todas las causas ocurridas en el periodo de exceso (del 13 marzo al 22 mayo), para toda la población, por sexo y por grupos de edad. España.

Fuente: Ministerio de Sanidad. 27 de Mayo de 2020

[https://momo.isciii.es/public/momo/dashboard/momo\\_dashboard.html](https://momo.isciii.es/public/momo/dashboard/momo_dashboard.html)

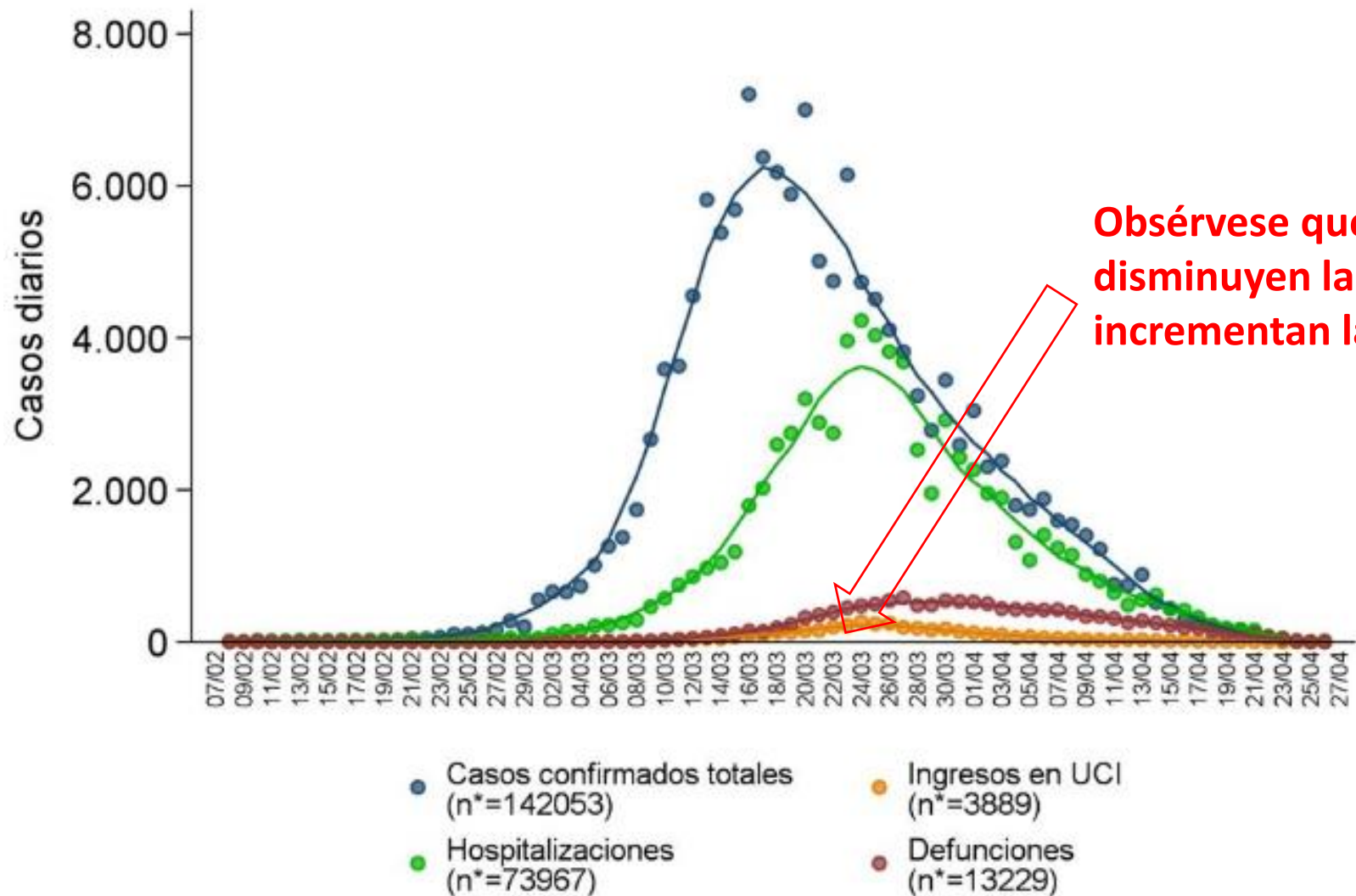
## Distribución porcentual de casos y defunciones por grupo de edad



Fuente: CNE. ISCIII. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Datos actualizados a 30-04-2020.  
Resumen COVID19 en Residencias. SGXX

Fuente: Informe nº 27.  
Situación de COVID-19 en  
España a 30 de abril de 2020.  
Equipo COVID-19. RENAVE.  
CNE. CNM (ISCIII), p. 8

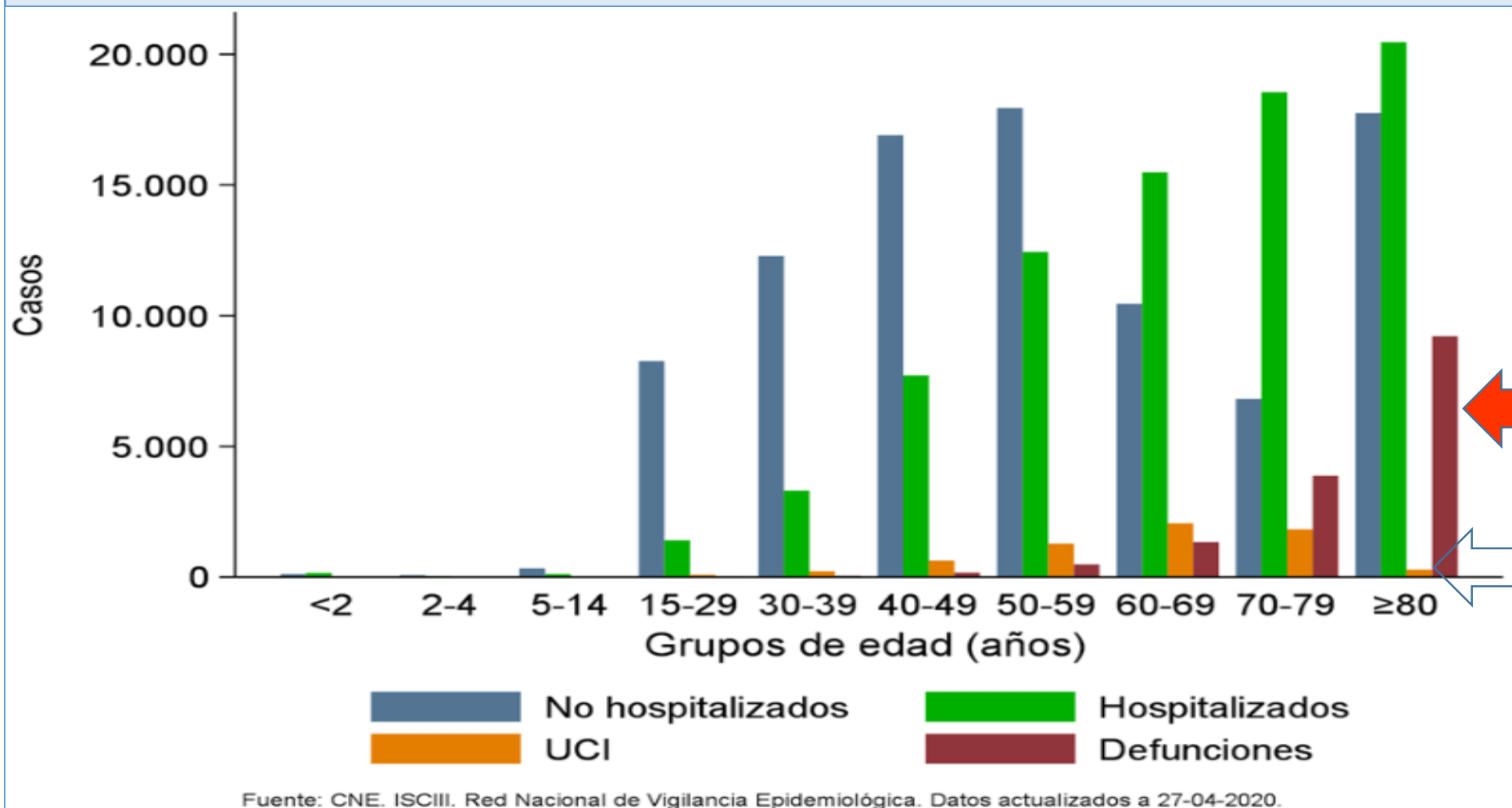
## Curva epidémica de casos de COVID-19 según gravedad.



Los casos nuevos diarios están representados según su fecha de inicio de síntomas, los casos hospitalizados según fecha de hospitalización, los casos en UCI según fecha de ingreso en UCI, las defunciones según fecha de defunción.  
\*n: número de casos con información sobre la fecha correspondiente. Líneas: tendencias suavizadas con medias móviles de 7 días. Fuente: CNE. ISCIII. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Datos actualizados a 27-04-2020.

Fuente: Informe nº 26.  
Situación de COVID-19 en España a 27 de abril de 2020.  
Equipo COVID-19. RENAVE.  
CNE. CNM (ISCIII), p. 5

## Características clínicas y gravedad. Muertes en mayores de 80 años y UCI



**Lectura textual del Informe del Instituto de Salud Carlos III:** “Se observa un aumento en la contribución relativa de casos de COVID-19 no hospitalizados en los mayores de 80 años, con respecto a los casos hospitalizados, probablemente debido a las infecciones producidas en residencias geriátricas”. [Ver en Informe nº](#)

26. Situación de COVID-19 en España a 27 de abril de 2020. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII) [Página 13](#)

## EXCESO DE MORTALIDAD EN ESPAÑA: Datos oficiales a 27 de Mayo de 2020

Defunciones observadas, estimadas y exceso de defunciones por todas las causas, para toda la población, por sexo y por grupos de edad. España, del 13 de marzo al 22 de mayo de 2020

El exceso de defunciones es de **43.034 personas**, de ellas 35.539 en mayores de 74 años



Defunciones por todas las causas en exceso, por grupo de población. España

Población	Observadas N	Esperadas N	Exceso N	Exceso %
todos	120851	77817	43034	55 %
hombres	59943	39052	20890	54 %
mujeres	57714	37076	20638	56 %
edad < 65	13186	11026	2160	20 %
edad 65-74	15793	10832	4962	46 %
edad > 74	91879	56340	35539	63 %

Defunciones observadas, estimadas y exceso de defunciones por todas las causas ocurridas en el periodo de exceso (del 13 marzo al 22 mayo), para toda la población, por sexo y por grupos de edad. España.

¡Estos son datos oficiales!

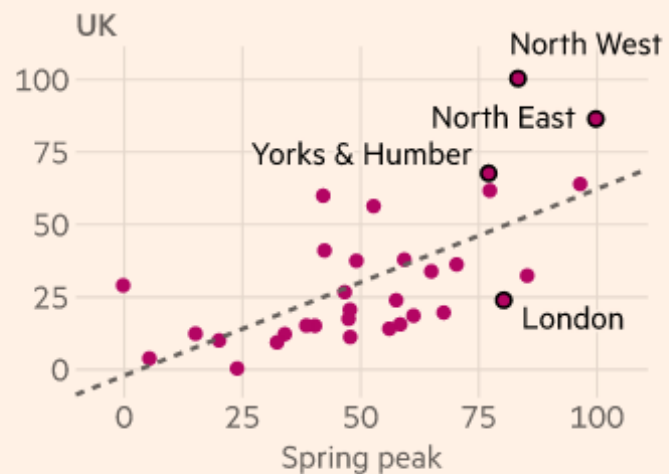
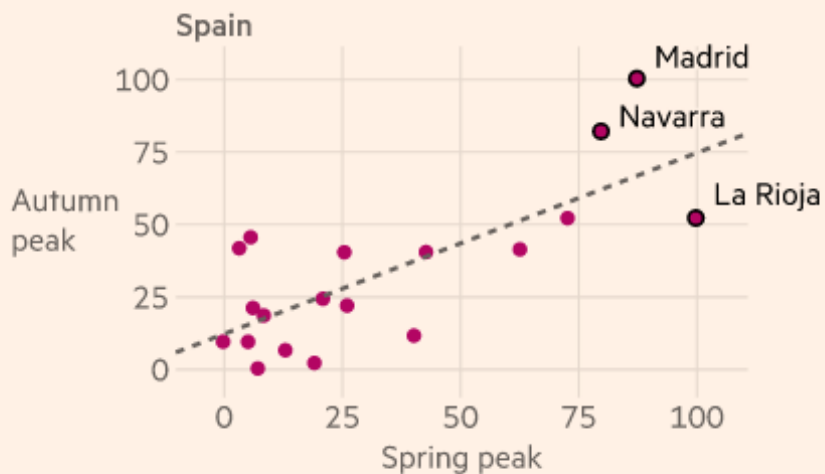
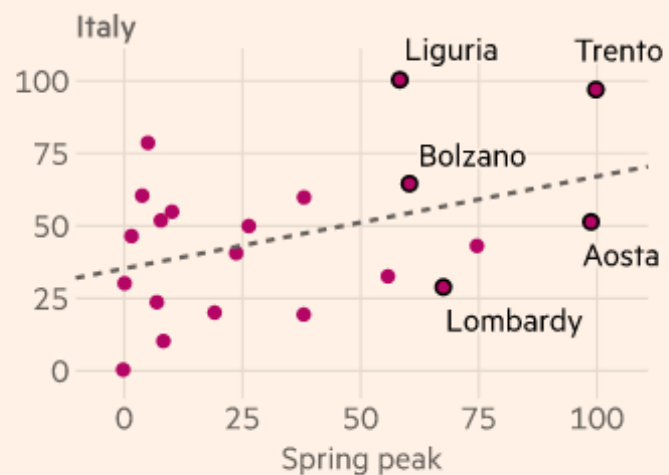
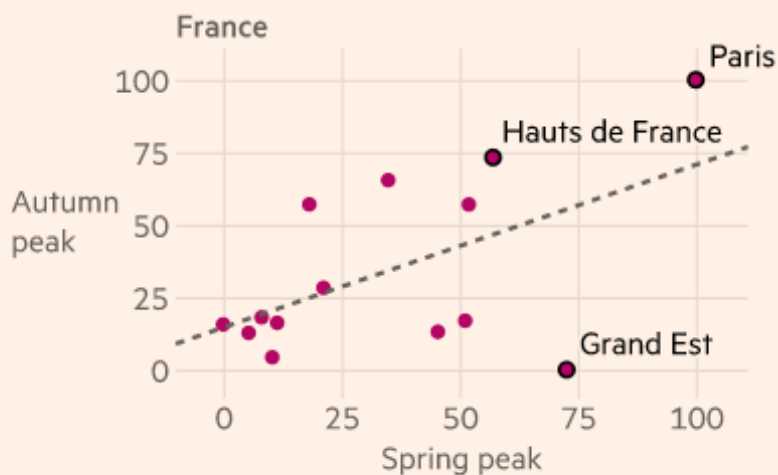
obs N: número de defunciones observadas en el periodo comprendido entre la fecha de inicio y fin de exceso  
est N: número de defunciones estimadas, en el periodo comprendido entre la fecha de inicio y fin de exceso  
exc N: número de defunciones en exceso (observadas por encima de las estimadas)  
exc %: porcentaje de defunciones en exceso

Fuente: [Vigilancia de la Mortalidad Diaria. Centro Nacional de Epidemiología \(ISCIII\)](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2020/MoMo_Situacion%20a%2029%20de%20abril_CNE.pdf).

[https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2020/MoMo\\_Situacion%20a%2029%20de%20abril\\_CNE.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2020/MoMo_Situacion%20a%2029%20de%20abril_CNE.pdf)

## On average, places that were hit hardest in the spring are suffering the most in the autumn

Weekly cases per 100,000 people\*, spring peak vs autumn peak. Each circle represents one region



\*Values for each peak are scaled so the highest in the country = 100 and lowest = 0



# Mortalidad real: THE LANCET

---

# Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21



COVID-19 Excess Mortality Collaborators\*

## Summary

**Background** Mortality statistics are fundamental to public health decision making. Mortality varies by time and location, and its measurement is affected by well known biases that have been exacerbated during the COVID-19 pandemic. This paper aims to estimate excess mortality from the COVID-19 pandemic in 191 countries and territories, and 252 subnational units for selected countries, from Jan 1, 2020, to Dec 31, 2021.

**Methods** All-cause mortality reports were collected for 74 countries and territories and 266 subnational locations (including 31 locations in low-income and middle-income countries) that had reported either weekly or monthly deaths from all causes during the pandemic in 2020 and 2021, and for up to 11 year previously. In addition, we obtained excess mortality data for 12 states in India. Excess mortality over time was calculated as observed mortality.



Published Online  
March 10, 2022  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02796-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02796-3)

\*Collaborators listed at the end of the paper

Correspondence to:  
Dr Haidong Wang, Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington,

	Reported COVID-19 deaths	Reported COVID-19 mortality rate (per 100 000)	Estimated excess deaths	Estimated excess mortality rate (per 100 000)	Ratio between excess mortality rate and reported COVID-19 mortality rate
(Continued from previous page)					
Portugal	19 000	94.8	40 400 (38 100 to 42 400)	202.2 (190.7 to 212.2)	2.13 (2.01 to 2.24)
San Marino	100	160.3	118 (100 to 138)	189.6 (159.7 to 221.5)	1.18 (1.00 to 1.38)
Spain	98 900	114.1	162 000 (157 000 to 166 000)	186.7 (181.3 to 191.5)	1.64 (1.59 to 1.68)
Andalucia	11 800	75.2	24 000 (21 800 to 29 400)	153.0 (139.0 to 187.7)	2.03 (1.85 to 2.50)
Aragon	4 070	168.6	6 050 (5 270 to 6 850)	250.3 (218.3 to 283.5)	1.48 (1.29 to 1.68)
Asturias	2 160	115.2	3 430 (2 810 to 3 940)	182.9 (150.1 to 210.3)	1.59 (1.30 to 1.83)
Balearic Islands	1 070	50.2	2 980 (2 400 to 3 640)	139.9 (112.8 to 170.7)	2.79 (2.25 to 3.40)
Basque Country	4 990	121.2	7 410 (6 370 to 8 200)	179.8 (154.5 to 199.1)	1.48 (1.28 to 1.64)
Canary Islands	1 140	28.7	3 700 (2 960 to 4 840)	93.1 (74.3 to 121.8)	3.24 (2.59 to 4.24)
Cantabria	635	59.0	1 430 (1 200 to 1 620)	132.4 (111.3 to 150.9)	2.24 (1.89 to 2.56)
Castile and León	6 420	147.3	9 980 (9 110 to 11 000)	228.8 (208.8 to 251.8)	1.55 (1.42 to 1.71)
Castilla-La Mancha	6 580	176.9	8 710 (8 040 to 9 450)	234.0 (215.9 to 253.8)	1.32 (1.22 to 1.43)
Catalonia	24 500	174.1	35 600 (33 200 to 40 600)	252.6 (235.9 to 288.8)	1.45 (1.35 to 1.66)
Corta	121	84.4	255 (227 to 282)	164.2 (146.1 to 181.5)	1.95 (1.72 to 2.15)

Edit

# Estimación de la pérdida de esperanza de vida por COVID19

Datos a 25/5/2020

<i>Esperanza de vida</i>		<i>01/07/2018</i>	<i>Simulación</i>	<i>Pérdida en EV</i>	
				<i>absoluta</i>	<i>%</i>
0 años	Hombres	80,5	79,8	-0,7	-0,8
	Mujeres	86,1	85,6	-0,5	-0,6
	Ambos sexos	83,3	82,7	-0,6	-0,7
65 años	Hombres	19,3	18,8	-0,5	-2,6
	Mujeres	23,4	23,0	-0,4	-1,9
	Ambos sexos	21,5	21,0	-0,5	-2,5

Abellán, A. y Pujol, R. Nota actualizada el 26-4-2020, con datos de mortalidad por COVID-19 a 25-4-2020; añadido el riesgo de muerte, 3-5-2020)

[www. http://envejecimientoenred.es/covid-19-y-perdida-de-esperanza-de-vida/](http://envejecimientoenred.es/covid-19-y-perdida-de-esperanza-de-vida/)

# COVID19 y Cuidados a personas Mayores

Los fallecidos en residencias son el 70,38 % del total notificado oficialmente por el Ministerio de Sanidad.



Resumen COVID19 en Residencias. SGXX

La mayor mortalidad fue en  
personas Mayores enfermos de  
COVID-19  
que vivían en Residencias

¿murieron porque había un  
modelo de residencia  
inapropiado?



# Situación de las residencias de P. Mayores ante el COVID-19, España

## Infraestructura y material

- No son diseñadas ni equipadas ante posibles enfermedades infecciosas
- Carencia de espacio para los aislamientos
- No capaces de atender pacientes con COVID-19 grave
- No equipos de protección para los profesionales
- No hay material (por ejemplo, respiradores)

## Equipo profesional

- Profesionales no cualificados
- Bajos salarios
- El personal se contagia
- Aumenta el absentismo por miedo o para satisfacer una necesidad de cuidados en sus hogares
- En consecuencia, se reduce el personal
- El resto debe cubrir más horas, deteriorándose los cuidados

## Gestión

- Predominio sector privado (negocio)
- El sector privado carece de adecuado control por parte del público
- Ante el Estado de alarma por COVID-19, los gobiernos de las CC.AA. podrán intervenir en las residencias de personas mayores
- Determinadas residencias privadas son intervenidas por lo público a raíz de un elevado número de infectados/as

El modelo residencial vigente en España funciona en trabajo paralelo con los hospitales, **no pueden sustituir** la labor de los mismos y, por lo tanto, ante una situación de esta envergadura se deben trasladar a los pacientes a los hospitales o, en su defecto, a las instalaciones habilitadas para su sustitución.



# Factores que han contribuido a las muertes en residencias

- Las personas que viven en residencias son mayoritariamente (más del 78%) **población mayor de 80 años** por tanto un grupo **especialmente vulnerable** para desarrollar cuadros graves y muerte por la enfermedad.
- Además sufren situaciones de **pluripatología**, comorbilidad y está en situación de dependencia. Muchas personas (un 58%) padecen trastornos neurocognitivos y demencias, lo que **dificulta respetar normas** de infectocontagiosidad.
- La mitad de los centros residenciales actuales disponen de más de 70 plazas, son espacios de **alta concentración de personas** especialmente vulnerables a los efectos de la pandemia.
- En las Residencias **se busca la convivencia y se comparten espacios** comunes, gimnasios, salas de terapias, comedores o en zonas de ocio, y se tiene contacto estrecho con cuidadores.
- **Cuidadores que rotan** entre muchos residentes y existe un número elevado de visitas de visitantes y un importante número de personal.
- El **diseño arquitectónico** de las residencias busca que muchas habitaciones sean compartidas y es imposible (salvo en grandes centros) sectorizar adecuadamente distintas partes de los centros, lo que dificulta una rápida respuesta para un aislamiento adecuado o básico.
- **Ausencia de formación sanitaria** y lejos aún en **prevención y atención de infecto-contagiosos**
- Directores/as **no asunción precoz de instrucciones** y protocolos de confinamiento y aislamiento
- **Nihilismo terapéutico hospitalario**, desatención sanitaria mortal y probable **exceso de sedaciones** (LET)

# Causas de más muertes en residencias:

- La prohibición de derivar a otros Centros (hospitalarios o Intermedios) a las personas con COVID19 que vivían en Residencias (una negligencia en salud pública), lo que generó múltiples contagios.
- No atención hospitalaria de situaciones que requerían tratamiento hospitalario (oxigenoterapia a concentraciones necesarias, falta de retrovirales, no tratamiento de complicaciones por especialistas...) impudencia temeraria o un homicidio intencionado.
  - Un probable exceso de innecesarias sedaciones, donde la condición psicofísica previa y la obediencia debida pesó más que la sintomatología individualmente presentada y la falta de pericia geriátrica (el riesgo de LET)

# ¿Por qué buscamos nuevos modelos/sistemas?

- Solo el 0,24% del total de personas Mayores han fallecido en la comunidad
- El 27% de los que vivían en residencias en España
- Imagen consolidada edadista: los Mayores son frágiles y mueren
- No hubo protestas de científicos o de sociedad
- Lo más grave: No se analizó todavía lo ocurrido.
- Lo positivo: cambiar el modelo residencial de CLD



# Respuestas posibles

Un modelo experimental aprendido

# 1. ¿Qué pudimos hacer nosotros en Galicia?

- Comienzo de Febrero 2020: Analizamos datos y experiencias de China.
- Febrero 2020: Verificamos la información en los primeros casos de España
- Febrero: Contactamos con otras **Sociedades Científicas** y solicitamos reunión técnica con el Ministerio de Sanidad para prevención en la crisis
- Marzo: Propusimos acciones técnicas (que no prosperaron en España)
- Y ya... publicamos nuestro posicionamiento el 13 de marzo de 2020
- EN SEPTIEMBRE HABÍAMOS VUELTO A DECIR LO MISMO: **era Válido**

# POSICIONAMIENTO TÉCNICO Y CIENTÍFICO DE LA SOCIEDADE GALEGA DE XERONTOLOXÍA E XERIATRÍA ANTE LA ENFERMEDAD COVID19 EN GALICIA

[Descarga aquí el documento](#)

**¡en fecha 13 de marzo de 2020!**



## 2. La SGXX: Comunicado con el posicionamiento ( ver [www.sgxx.org](http://www.sgxx.org) )

- Planteamos **acciones concretas y definidas**:
  - **Diagnóstico** precoz y urgente en residencias: TR o PCR
  - **Derivación inmediata de altas sospechas y de positivos**
  - Creación de **Centros de Cuidados Intermedios** para no derivar a Hospitales
  - Sugerimos **qué tipo de Edificaciones**: Residencias sin inaugurar, antiguos hospitales cerrados, hoteles accesibles, etc.
  - **Informamos** al Gobierno Autonómico y a los medios de comunicación de esta propuesta, que asumieron inmediatamente
  - **Asumimos** el reto, en 24h



### 3. Compromiso corporativo e individual de la SGXX

- Dirigir los Centros Residenciales de **Cuidados Intermedios COVID19:**

- Presidente y Vicepresidente 2º:

**CReCI - Ourense**

- Vicepresidente 1º:

**Centro Intermedio Puerta del Camino – Santiago de Compostela**

**Vigo, segunda oleada**

## 4. Abrimos los Centros de cuidados intermedios

- En 48h pusimos en marcha el primer centro COVID19 en España:
- **Centro Residencial de Cuidados Intermedios**

**CReCI Baños de Molgas. Ourense. Galicia**



**CReCI**

Centro Residencial Integrado  
de Coidados Intermedios

**XUNTA  
DE GALICIA**

**Entrada de Mercancías e Persoas**

**Zona de Nivel de Risco 1**

**Obrigatorio Mascarilla e Luvras**

- Hotel-alojamiento para personal de servicio
- Hoteles abiertos para personal en cuarentena
- 3 equipos, 1 trabajando y 2 en cuarentena

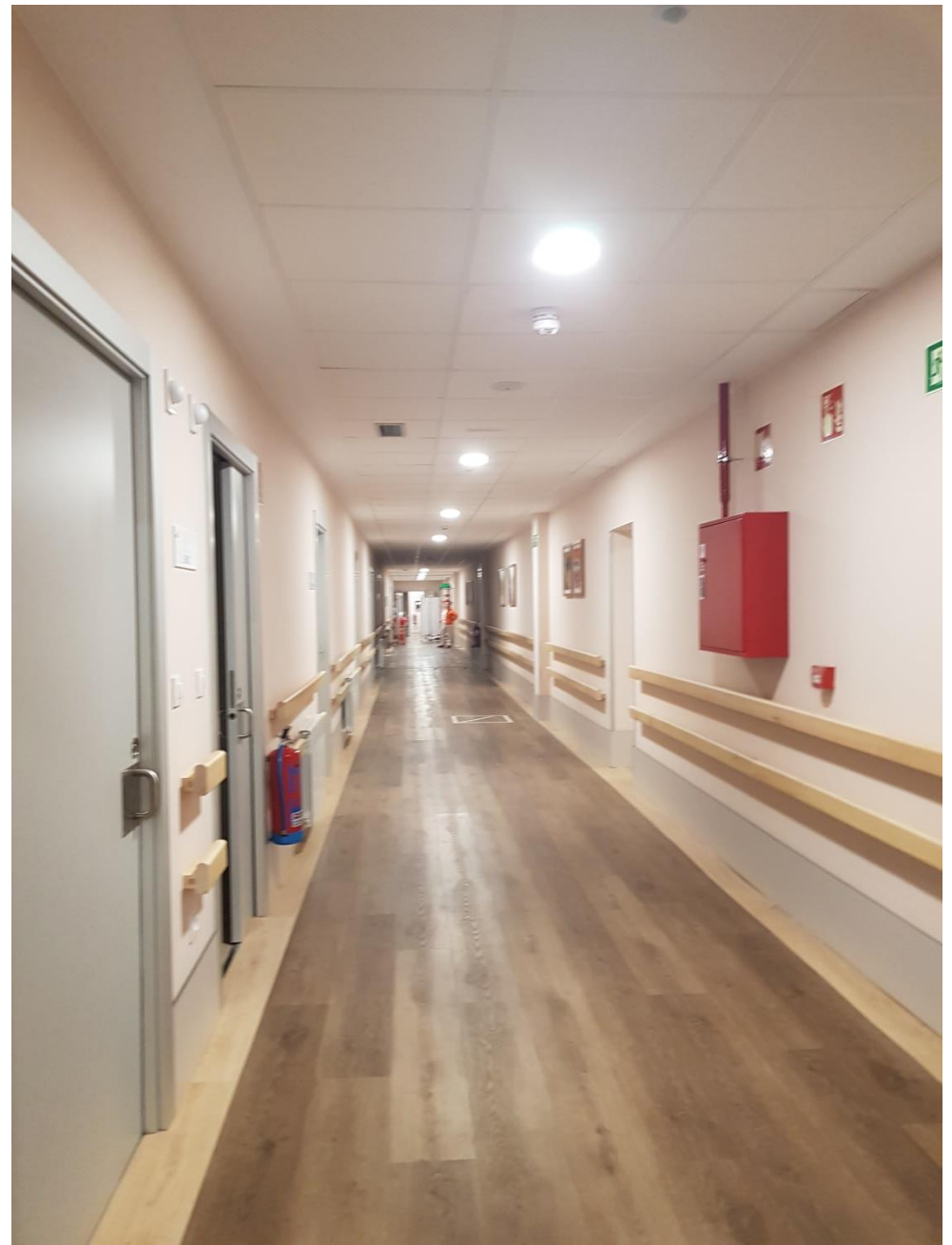
# Equipos de atención sociosanitaria

- Directos de procesos
- Equipo sanitario 24h: Médico y enfermería, dependiente de Med. Interna del Hospital
- Psicólogo de apoyo propio
- Unidad de apoyo psicológico de intervención en catástrofes (Univ)
- Trabajador Social
- Gerocultores
- Cocina, limpieza, administración, transporte, servicios técnicos...









en COVID19 en Residencias. SGXX



men COVID19 en Residencias. 9





Resumen COVID19 en Residencias. SGXX

- Las personas Mayores contagiadas con Covid llegaban agrupadas por centros





men COVID19 en Resi





COVID19 en Residencias. SGX



REDMI NOTE 8  
AI QUAD CAMERA





n COVID19 en





**Bienvenido y gracias por estar aquí**

- Vigila tu autoprotección
- Actúa con calma y serenidad
- Ayuda y déjate ayudar
- Contribuye a crear un ambiente agradable
- No pierdas la confianza en ti

Recuerda: con **tu** ayuda lo vamos a parar

Disfruta de tu descanso  
Conéctate con los tuyos  
Cuida tu salud mental  
Siéntete orgulloso de ti

Recuerda: en esta labor **tú** eres m



**...en covid y semana santa**



**El hotel de personal**

# Tres días después abrimos el segundo Centro Residencial de Cuidados Intermedios, en Santiago de Compostela

93 y 85 plazas para personas Mayores que estaban enfermas de COVID-19 y viven en Residencias de Galicia en la primera oleada

52 plazas más en segunda oleada

## 5. Mientras, en las residencias...

- Crecían los casos COVID19 y los contagiados convivían con las personas Mayores en Residencias:
- Media edad: 85,5 años
- Pluripatologías
- Situación de dependencia grados II y fundamentalmente grado III
- Abandono de personal...
- Falta de equipos de protección
- Ausencia de oxígeno a más de 5 lpm (altas presiones)
- No había personal sanitario
- Imposible confinar: 67% deterioro cognitivo



- Nuestra mortalidad fue del 6,7% frente al más de 22% en residencias
- Por tanto, era posible...



**98 cumpleaños, Elena Pérez. Dos semanas antes padeció Covid19.**



**Brais Lorenzo. Premio Internacional de Fotografía. Mayo 2021. Residencia San Carlos de Celanova**

# Causa final del gerocidio residencial:

- **Causa primaria: No atender correctamente a una enfermedad infectocontagiosa, asumiendo intencionalmente las consecuencias**
- **Causa secundaria: pánico asistencial inútil y limitación o negación de atención hospitalaria**
- **Causa terciaria: franca conducta edadista**

- Solo el 0,24% del total de personas Mayores han fallecido en la comunidad
- El 22,6 % de los que viven en residencias en España
- Imagen consolidada edadista: los Mayores son frágiles y mueren
- No hubo protestas de científicos, asociaciones, colegios profesionales, universidades, colectivos sociales, artistas e intelectuales, sindicatos...
- Lo más grave: la situación continuará y se perpetúa la renuncia social al respeto del derecho a la vida de las personas Mayores

¿hemos aprendido algo?

# El análisis

- Se sacrificó a un grupo social: Mayores en residencias
- No se alcanzará un consenso sobre las causas
- Hay prisa en pasar página
- Se estructura y consolida el edadismo descarnado
- Los cuidados no se modificarán esencialmente
- No se ha discutido la autoridad médica de la sedación
- Hablamos de «NUEVOS MODELOS»

# Aprendizajes-1

- Es posible lo que parece no serlo
- Las personas Mayores son realmente vulnerables ante la sociedad
- El edadismo mata más que los síndromes geriátricos
- Se “normaliza” la muerte secundaria a la LET
- Las residencias seguirán siendo “culpables”



# Aprendizajes-2

- Poco de lo escrito sirve en catástrofes: previsión imposible
- Ritmo muy rápido en las decisiones: agilidad
- Quienes te debieran proteger te dañan: yatrogenia residencial
- Liderazgo compartido: democratización de Equipos de trabajo
- Consolidación y firmeza de equipos humanos: calidad humana
- Espacios y funcionamiento de las Residencias: flexibilizar
- Resiliencia y autoestima de las PPM: fuerza y resistencia
- Las familias y allegados: presencia y ausencia
- Se ha automatizado la prevención y una forma diferente de hacer

Fuente: <https://www.rtve.es/noticias/20200427/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>

# Reflexiones

- ✓ Demanda irrenunciable de ingreso en Centros
- ✓ Fomento de nuevos modelos de convivencia residencial
- ✓ Acuerdo general sobre la limitación del tamaño de los centros residenciales
- ✓ Centros especializados en diversas causas de dependencia
- ✓ Coordinación de responsabilidad sanitaria
- ✓ Profesionalización de la Dirección
- ✓ Mejora de condiciones y especialización de los profesionales de atención directa
- ✓ Se reconoce la capacidad de la sociedad para decidir sobre la vida de la persona mayor





En COVID19 en Residencias. S

# Cosas factibles I. ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN

- Las acreditaciones/sanciones y las certificaciones de calidad deben ser públicas en los centros y servicios
- Estructura orgánica del Centro y los Perfiles profesionales definidos (titulados)
- Nuevas profesiones y nuevos roles profesionales (del modelo hostelero-hospitalario a modelos habitables)
- El cambio de cultura residencial a centros abiertos, permeables
- Los protocolos básicos evaluados...Manuales de gestión residencial
- La transparencia en los ingresos residenciales públicos
- Buenas prácticas y Programas mínimos normativos
- Historia clínica única y compatible

# Cosas factibles: II. AREA ASISTENCIAL

- Evitar la duplicidad de servicios comunitarios (salud, sociales, etc.)
- La precariedad sanitaria, la Coordinación asistencial y el desafío pretendido que no es tal (cada servicio ha de asumir su responsabilidad)
- Acceso directo (MAP) a exploraciones y servicios complementarios en salud
- Líneas prioritarias de acceso a servicios especializados en salud
- La telemedicina: facilitar interconsultas especialistas y urgencias
- La rehabilitación y recuperación necesaria y suficiente
- Atención primaria de salud debe cubrir la atención sanitaria de las PPM

# Cosas factibles: III.DIRECCIÓN Y PERSONAL

- La dirección profesionalizada y rigurosa
- Las ratios de personal suficientes: definir presencias de profesionales proporcionadas a los apoyos precisos según tipología de usuarios
- Las listas de empleo de profesionales formados, Tutelados por las patronales...normativa
- La formación continua y su reconocimiento salarial (carrera profesional)
- La conectividad entre centros

# Cosas factibles IV. ARQUITECTURA Y ENTORNO

- La versatilidad y la complementariedad de servicios...pisos tutelados, CDia. SADomicilio. TeleAsistencia...centros polivalentes, ingresos flexibles
- El confort y bienestar emocional frente a la rehabilitación obligada y los modelos sanitarios
- La libertad en lo cotidiano...horarios...café...fruta...la cocina, el salón...
- La dignidad en los apoyos cotidianos (el “cómo” es importante)
- Los servicios opcionales... acompañamiento, cine...cenar con la familia, dormir, desayunar...
- La supervisión familiar y las redes de comunicación abiertas con familias
- El clima laboral: cuidarte para cuidar mejor
- La arquitectura inteligente...habitaciones, pasillos, salas, comedores...
- Otros alojamientos: coliving, cohousing, Colaborativas...



# Cosas factibles: V. PROGRAMAS DE APOYO (CUIDADOS)

- Potenciar la autonomía frente a los cuidados, dejar hacer a las personas lo que pueden y saben hacer (principio básico de la rehabilitación: menos protésicos y sustitutivos frente a voluntarios y desarrolladores)
- El benchmarking y las certificaciones de calidad
- La personalización de los apoyos frente al trabajo en “fábrica”: ACP
- Las nuevas tecnologías de apoyo a la persona (sensores, alarmas, caídas, contenciones...)
- La digitalización de datos de actividad y su seguimiento público (BigData)
- Generación de sistemas de información controladas por Unidades de Gestión publicas

# Lo complementario

- Planificación básica y pública para la construcción de plazas frente a la demanda precisa.
- Residencias pequeñas-hacia la dependencia leve: eco-hábitats
- Residencias grandes-especializadas
- Residencias flexibles como centros multiservicios (TeleA, Cuidados domiciliarios...)
- Residencias grandes con “casas” pequeñas
- Especializar...TNC's, E.Park, ACV, Ortoger, Daño cerebral, C. al final de la vida,...
- Promover acciones en defensa activa y organizada de los derechos de las PPMM en residencias

No podemos seguir en la miseria de la atención residencial...miremos hacia los  
**CUIDADOS DE LARGO PLAZO (OIT-OMS)**

Se requiere adecuar la normativa  
al s XXI

Se necesita

# Reconocimiento social

¿Cómo hacerlo?.....

# Referencias de interés

1. <http://www.aging-news.net/impact-of-evacuating-skilled-nursing-home-residents-testing-positive-for-covid-19-to-an-inpatient-acute-care-setting/>
2. Documentos Técnicos para Profesionales (Protocolos). <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos.htm>
3. Protocolo oficial para centros Sociosanitarios.  
<https://coronavirus.sergas.gal/Contidos/Documents/457/Medidas%20relacionadas%20coas%20visitas,%20sa%20c3%addas%20e%20probas%20PCR%20acordadas%20polo%20Consello%20ISNS.pdf>
4. [https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html?CDC\\_AA\\_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhealthcare-facilities%2Fprevent-spread-in-long-term-care-facilities.html](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhealthcare-facilities%2Fprevent-spread-in-long-term-care-facilities.html)
5. <https://www.rtve.es/noticias/20200427/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>
6. Informe nº 49. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo. Informe COVID-19. 21 de octubre de 2020.  
[https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2049\\_21%20de%20octubre%20de%202020.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2049_21%20de%20octubre%20de%202020.pdf)
7. [Vigilancia de los excesos de mortalidad por todas las causas. MoMo Situación a 29 de abril de 2020](#)
8. Vigilancia de los excesos de mortalidad. MoMo Situación a a 26 de Octubre de 2020.  
[https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2020/MoMo\\_Situacion%20a%2026%20de%20octubre\\_CNE.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2020/MoMo_Situacion%20a%2026%20de%20octubre_CNE.pdf)
9. Poco, tarde y mal. (2020) Médicos sin fronteras. <https://www.msf.es/sites/default/files/documents/medicossinfronteras-informe-covid19-residencias.pdf>
10. Informe Grupo de Trabajo Covid19 y Residencias. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Diciembre 2020.  
[https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/gtcovid\\_residencias\\_vf.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/gtcovid_residencias_vf.pdf)
11. Informe final. IMSERSO (2021). **Informe final del grupo de trabajo COVID-19 y residencias.** [https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/gtcovid\\_residencias\\_vf.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/gtcovid_residencias_vf.pdf)
12. Informe de Amnistía Internacional sobre Covid19 y Residencias en España. Diciembre 2020. [https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=%3A\\*&start=0&rows=1&sort=fecha%20desc&fq=norm&fv=\\*&fo=and&fq=mssearch\\_fld13&fv=EUR41800020&fo=and&fq=mssearch\\_mlt98&fv=gseg01&fo=and](https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=%3A*&start=0&rows=1&sort=fecha%20desc&fq=norm&fv=*&fo=and&fq=mssearch_fld13&fv=EUR41800020&fo=and&fq=mssearch_mlt98&fv=gseg01&fo=and)
13. Rico, M. (2021). ¡Vergüenza! El escándalo de las residencias. Ed. Planeta Pérez, J.; Abellán, A.; Aceituno, P.; Ramiro, D. (2020). “Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Envejecimiento en red, nº 25, 39p. [Fecha de publicación: 12/03/2020].  
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>

# Bibliografía complementaria-1

- Abellán García, A., Aceituno Nieto, M. P., y Ramiro Fariñas, D. (2019). *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de abril de 2019*. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 24. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2019.pdf>
- GTM (2020). *Informe del GTM sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación. Disponible en: [https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/Informe\\_residencias\\_GDT\\_MinisterioCyl.pdf](https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/Informe_residencias_GDT_MinisterioCyl.pdf)
- Henning-Smith, C. (2020). IMSERSO (2011). *Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo. La toma de decisiones para el desarrollo de su proyecto de vida Las personas con necesidades complejas de apoyo, con graves discapacidades*. Madrid.
- Marbán, V. (2019). *El sistema español de atención a la dependencia. Entre la regresión y las reformas. Documento de trabajo 4.9*. Madrid: Fundación FOESSA. Disponible en: <https://caritas-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/sites/16/2019/06/paper-4.9.pdf>
- Marbán, V. (2020). Los (Des)cuidados de larga duración en España: ¿Reforma o Perfeccionamiento del SAAD?. En Moreno Fuentes, F.J. y Del Pino, E. (eds.) *Las Transformaciones Territoriales Y Sociales Del Estado En La Edad Digital* (pp. 331-354). Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Martínez, T. (2011). "La atención gerontológica centrada en la persona". Vitoria: Departamento de empleo y servicios sociales. Pag. 43-108.
- Martínez, T. (2013). *La Atención Centrada en la Persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos*. Recuperado de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ACPMartinezActasdependencia.pdf>
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2020). *Informe del Grupo de Trabajo COVID 19 y Residencias. Vers. Final (24/11/2020)*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/ssi/imserso/docs/GTCOVID\\_19\\_RESIDENCIAS.pdf](https://www.msbs.gob.es/ssi/imserso/docs/GTCOVID_19_RESIDENCIAS.pdf)
- OCDE (2020). *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>.
- OIT (2019). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente. Para un futuro con trabajo decente*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. Disponible en: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms\\_737394.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_737394.pdf)
- OMS (2020). *Preventing and managing COVID-19 across long care services: Policy brief*. Ginebra: World Health Organization. Disponible en: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy\\_Brief-Long-term\\_Care-2020.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy_Brief-Long-term_Care-2020.1)
- Ordoki, A. G. (2019). Contraste teórico de ratios en residencias de mayores desde la asociación entre el índice Barthel y el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD). *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria. Revista de servicios sociales*, (69), 121-140.
- Rodríguez Rodríguez, P. y Vila i Mancebo, A. (coords.). (2014). *Modelo de atención integral y centrada en la persona: teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Madrid: Tecnos
- Sánchez Maldonado, J., Molina Garrido, C., y Rivas Sánchez, C. (2010). *La Ley de Dependencia: especial consideración de los aspectos financieros*. Fundación Democracia y Gobierno Local. Diputación de Barcelona. Àrea de Benestar Social.
- Scheil-Adlung, X. (2015). *Long-term care protection for older persons: a review of coverage deficits in 46 countries. ESS –Working Paper No. 50*. Organización Internacional del Trabajo. Disponible en: <https://www.ilo.org/wcmsp5/>
- VVAA. (2015). *Código Ético Para la atención sociosanitaria a las personas mayores*. Cuadernos Deusto de Derechos Humanos, n.º 78. Bilbao
- [VVAA \(2015\). GUÍA DE RECURSOS DOCUMENTALES. LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA. IMSERSO. Madrid](#)

# Bibliografía complementaria-2

- <http://www.aging-news.net/impact-of-evacuating-skilled-nursing-home-residents-testing-positive-for-covid-19-to-an-inpatient-acute-care-setting/>
- Documentos Técnicos para Profesionales (Protocolos). <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos.htm>
- Protocolo oficial para centros Sociosanitarios.  
<https://coronavirus.sergas.gal/Contidos/Documents/457/Medidas%20relacionadas%20coas%20visitas,%20sa%c3%addas%20e%20probas%20PCR%20acordadas%20polo%20Consello%20ISNS.pdf>
- [https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html?CDC\\_AA\\_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhealthcare-facilities%2Fprevent-spread-in-long-term-care-facilities.html](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhealthcare-facilities%2Fprevent-spread-in-long-term-care-facilities.html)
- <https://www.rtve.es/noticias/20200427/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>
- Informe nº 49. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo. Informe COVID-19. 21 de octubre de 2020.  
[https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2049\\_21%20de%20octubre%20de%202020.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2049_21%20de%20octubre%20de%202020.pdf)
- [Vigilancia de los excesos de mortalidad por todas las causas. MoMo Situación a 29 de abril de 2020](#)
- Vigilancia de los excesos de mortalidad. MoMo Situación a a 26 de Octubre de 2020.  
[https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2020/MoMo\\_Situacion%20a%2026%20de%20octubre\\_CNE.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2020/MoMo_Situacion%20a%2026%20de%20octubre_CNE.pdf)
- Poco, tarde y mal. (2020) Médicos sin fronteras. <https://www.msf.es/sites/default/files/documents/medicossinfronteras-informe-covid19-residencias.pdf>
- Informe Grupo de Trabajo Covid19 y Residencias. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Diciembre 2020.  
[https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/gtcovid\\_residencias\\_vf.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/gtcovid_residencias_vf.pdf)
- Informe final. IMSERSO (2021). **Informe final del grupo de trabajo COVID-19 y residencias.** [https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/gtcovid\\_residencias\\_vf.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/gtcovid_residencias_vf.pdf)
- Informe de Amnistía Internacional sobre Covid19 y Residencias en España. Diciembre 2020. [https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=%3A\\*&start=0&rows=1&sort=fecha%20desc&fq=norm&fv=\\*&fo=and&fq=mssearch\\_fld13&fv=EUR41800020&fo=and&fq=mssearch\\_mlt98&fv=gseg01&fo=and](https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=%3A*&start=0&rows=1&sort=fecha%20desc&fq=norm&fv=*&fo=and&fq=mssearch_fld13&fv=EUR41800020&fo=and&fq=mssearch_mlt98&fv=gseg01&fo=and)
- Rico, M. (2021). ¡Vergüenza! El escándalo de las residencias. Ed. Planeta Pérez, J.; Abellán, A.; Aceituno, P.; Ramiro, D. (2020). “Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Envejecimiento en red, nº 25, 39p. [Fecha de publicación: 12/03/2020].  
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
- Hernández-Moreno, J. Y Pereira-Puga, M (2021). En primera línea contra el coronavirus: el trabajo de cuidados de larga duración a personas mayores en España. Documento de trabajo 208/2021. Fundación Alternativas, Madrid.

# Referencias web

- [https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html?CDC\\_AA\\_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhealthcare-facilities%2Fprevent-spread-in-long-term-care-facilities.html](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhealthcare-facilities%2Fprevent-spread-in-long-term-care-facilities.html)
- <https://www.rtve.es/noticias/20200427/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>
- [Informe sobre la situación de COVID-19 en España Informe COVID-19 nº 26. 27 de abril de 2020](#)
- [Vigilancia de los excesos de mortalidad por todas las causas. MoMoSituación a 29 de abril de 2020](#)



## IMPACT OF EVACUATING SKILLED NURSING HOME RESIDENTS TESTING POSITIVE FOR COVID-19 TO AN INPATIENT ACUTE CARE SETTING

R.J. FISCHER

Corresponding author: Robert J. Fischer, MD, Mann-Grandstaff Veterans Affairs Medical Center, 4815 N. Assembly Street, Spokane, WA 99205, USA,  
Email: [robert.fischer@va.gov](mailto:robert.fischer@va.gov), Phone: 509-434-7200

**Abstract:** We report a case series of 38 patients infected with coronavirus disease 2019 (COVID-19) evacuated to Mann-Grandstaff Veterans Affairs Medical Center (MGVAMC) in Spokane, Washington following disease outbreak in a skilled nursing home (SNH). Range of symptoms were none to mild on transfer. Patients were admitted to stem the outbreak, provide enhanced medical care and improve clinical outcome. The nursing home outbreak was arrested within two weeks of the initial patient transfer and mortality in this cohort was 13.2%.

**Key words:** COVID-19, skilled nursing home, outbreak, evacuation, mortality.

### Introduction

As of July 7, the United States has suffered the largest number of COVID-19 confirmed cases (2,980,906) and deaths (131,248) worldwide, representing roughly a quarter of all cases and deaths globally (1). According to the American Geriatrics Society, nursing home residents are among the most vulnerable to complications and death from COVID-19 and represent a particular challenge in diagnosis and infection control owing to the frequent absence of typical symptoms along with the highly contagious nature of the disease (2), even among asymptomatic patients (3).

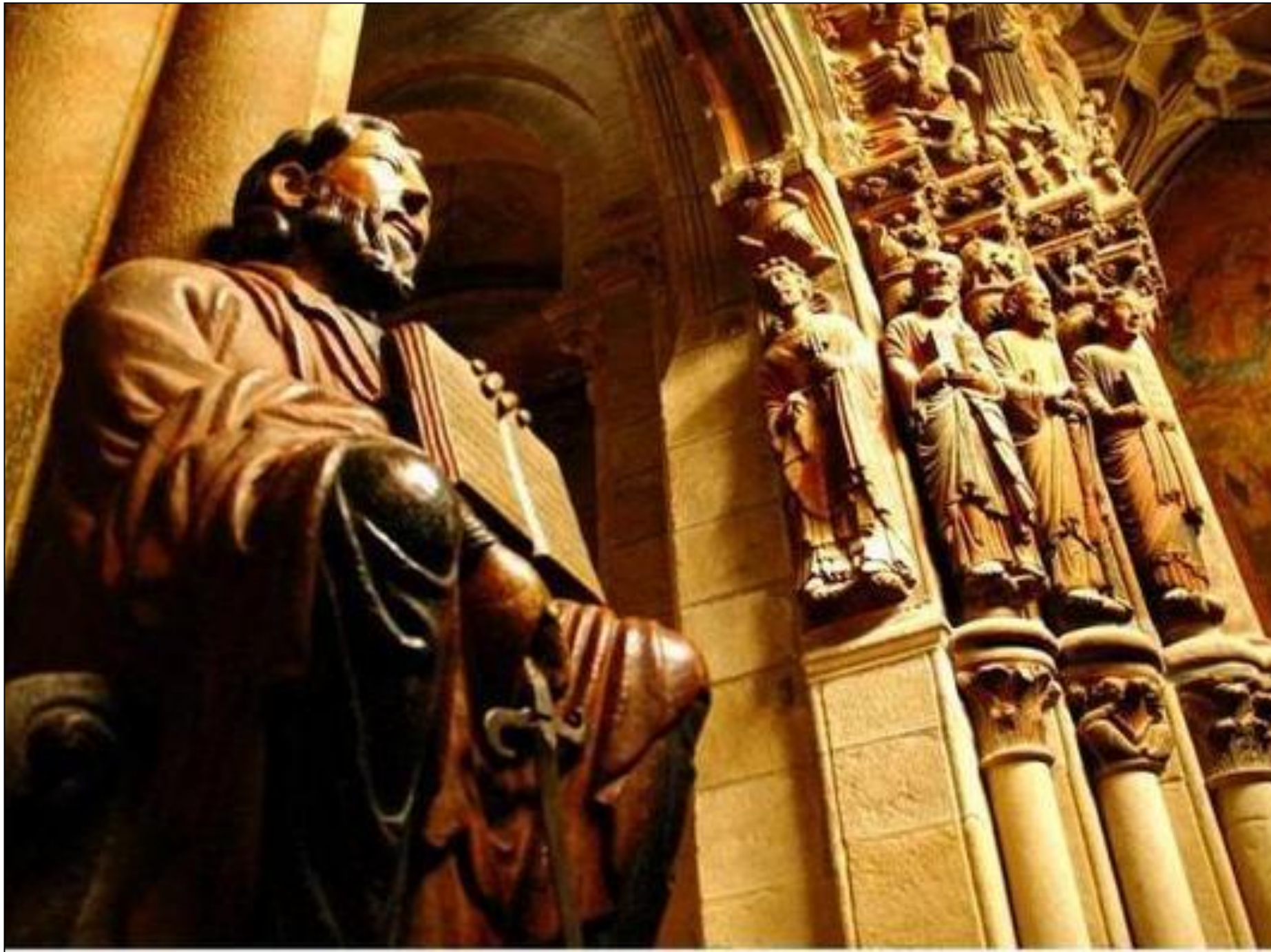
to 1:4). Consultation with physical and respiratory therapy, nutritional services, pharmacy, psychiatry, rehabilitation services, audiology, social work, chaplaincy and other services were readily provided as necessary. Oral and fluid intake were monitored closely, and electrolyte imbalance corrected when identified.

Real-time reverse-transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR) sample collection was performed at MGVAMC by swabbing the nasopharynx. Testing was accomplished using the Cepheid GeneXpert™ rapid testing platform. All sample collection and processing followed CDC guidelines. Demographic and clinical data and information related to

# Poco, tarde y mal

El inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España







Miguel Angel Vázquez Vázquez

[www.caligers.eu](http://www.caligers.eu)