



## CARTAS CIENTÍFICAS

# Perfil clínico y epidemiológico de los residentes infectados de COVID-19 en instituciones sociosanitarias medicalizadas y su evolución durante la pandemia



## Clinical and epidemiological profile of COVID-19 infected residents in medicalized social health institutions and their evolution during the pandemic

Ignacio Aguilar-Martín<sup>a,\*</sup>, Sergio Ferra-Murcia<sup>b</sup>, Enriqueta Quesada-Yáñez<sup>c</sup> y Javier Sandoval-Codoni<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud El Ejido Norte, El Ejido, Almería, España

<sup>b</sup> Unidad Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Torrecárdenas, Torrecárdenas, Almería, España

<sup>c</sup> Asesora de la Delegación de Salud y Familia de la Consejería de Salud y Familia de Almería, Almería, España

<sup>d</sup> Centro de Salud Aguadulce Sur, Aguadulce, Almería, España

Recibido el 4 de octubre de 2020; aceptado el 16 de noviembre de 2020

Disponible en Internet el 28 enero 2021

En diciembre de 2019 surgió un brote de casos de neumonía en Wuhan (China), que causó la pandemia de COVID-19. Posteriormente se constató que los grupos más vulnerables por su mayor probabilidad de fallecimiento eran las personas mayores institucionalizadas<sup>1</sup>. Además, la presencia de comorbilidades empeoraban su pronóstico<sup>2</sup>. Actualmente la letalidad en el grupo de personas hospitalizados de entre 70-79 años es del 14,9 y del 29,90% en pacientes mayores de 80 años<sup>3</sup>. Con el propósito de mejorar la atención a este grupo, en la provincia de Almería se medicalizaron 4 residencias de mayores con el amparo del plan de contingencia de los centros residenciales para mayores y otros centros sociosanitarios<sup>4</sup>.

El objetivo de nuestro trabajo fue conocer la situación clínica y epidemiológica de todos los pacientes infectados

por SARS-CoV-2 en 4 residencias medicalizadas y las diferencias en función de estas en su evolución clínica. Realizamos un estudio observacional descriptivo multicéntrico en vida real con componente inferencial y análisis retrospectivo entre los meses de abril y mayo de 2020.

Durante el periodo de estudio se medicalizaron 4 residencias de mayores con 570 residentes. Se aislaron en zonas COVID-19 a 86 residentes.

Se recogieron variables previas a la confirmación de COVID-19, durante la enfermedad y evolución. Entre las primeras se consideraron edad, sexo, comorbilidades, grado de funcionalidad (índice de Barthel), escala de fragilidad (CFS), grado de deterioro cognitivo (índice de Pfeiffer) y criterios de pluripatología. Durante la enfermedad se consideró el criterio clínico de aislamiento (clínica respiratoria, febrícula/febre, contacto/asintomático) y el tiempo hasta la negativización de la PCR. Finalmente fueron estudiadas la mortalidad y la derivación al nivel hospitalario al inicio y durante la evolución.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pacanacho@gmail.com](mailto:pacanacho@gmail.com) (I. Aguilar-Martín).

**Tabla 1** Relación entre las variables sociodemográficas, clínicas y la mortalidad

Variable independiente		Mortalidad				Significación estadística
		Sí		No		
		Media	DS	Media	DS	
Edad		85,73	15,13	83,63	8,92	$p = 0,224$ (NS)
Escala de fragilidad (CSF)		Mediana	RIC	Mediana	RIC	$p = 0,069$ (NS)
		7	(4-9)	7	(3-9)	
	Mortalidad					
		Sí		No		
Sexo						
Varón	25 (29,1%)	4 (16%)		21 (84%)		$p > 0,05$ (NS)
Mujer	61 (70,9%)	11 (18%)		50 (82%)		
Comorbilidad respiratoria						
Sí	13 (15,1%)	3 (23,1%)		10 (76,9%)		$p = 0,691$ (NS)
No	73 (84,9%)	12 (16,4%)		61 (83,6%)		
Comorbilidad neurológica						
Sí	73 (84,9%)	14 (19,2%)		59 (80,8%)		$p = 0,450$ (NS)
No	13 (15,1%)	1 (7,7%)		12 (92,3%)		
Comorbilidad cardiovascular						
Sí	51 (59,3%)	10 (19,6%)		41 (80,4%)		$p = 0,523$ (NS)
No	35 (40,7%)	5 (14,3%)		30 (85,7%)		
Comorbilidad endocrinológica						
Sí	35 (40,7%)	6 (17,1%)		29 (82,9%)		$p = 0,952$ (NS)
No	51 (59,3%)	9 (17,6%)		42 (82,4%)		
Comorbilidad osteomuscular						
Sí	59 (68,6%)	10 (16,9%)		49 (83,1%)		$p > 0,05$ (NS)
No	27 (31,4%)	5 (18,5%)		22 (81,5%)		
Criterios paciente pluripatológico						
Sí	50 (58,1%)	8 (16,0%)		42 (84,0%)		$p > 0,05$ (NS)
No	36 (41,9%)	7 (19,4%)		29 (80,6%)		
Índice de Barthel (nivel de dependencia)						
Total	30 (34,9%)	8 (26,7%)		22 (73,3%)		$p > 0,05$ (NS)
Grave	18 (20,9%)	4 (22,2%)		14 (77,8%)		
Moderada	17 (19,8%)	2 (11,8%)		15 (88,2%)		
Leve	17 (19,8%)	1 (5,9%)		16 (94,1%)		
Independiente	4 (4,7%)	0 (0,0%)		4 (100,0%)		
Índice de Pfeiffer (deterioro cognitivo)						
Grave	38 (44,2%)	9 (23,7%)		29 (76,3%)		$p > 0,05$ (NS)
Moderada	18 (20,9%)	3 (16,7%)		15 (83,3%)		
Leve	18 (20,9%)	3 (16,7%)		15 (83,3%)		
No deterioro cognitivo	12 (14,0%)	0 (0,0%)		12 (100,0%)		

Relación entre las variables independientes con la variable dependiente (mortalidad) expresadas en recuento absoluto y (%). Nótese que las categorías de las variables independientes se expresan sobre el % del total de la cohorte, mientras que los % de mortalidad se atribuyen al total de cada categoría analizada.

DS: desviación estándar; NS: no significativo.

La muestra evaluada fueron mayoritariamente mujeres (70,9%) de 84 años  $\pm$  8,4 desviación estándar (DS). Destacaron las comorbilidades neurológicas (84,9%), cardiovasculares (59,3%) y osteomusculares (68,6%), así como el grado de dependencia total (34,9%), el deterioro cognitivo grave (46,5%) y la alta proporción de pacientes pluripatológicos (50%) con fragilidad elevada.

Se aislaron por criterios clínicos respiratorios al 36%, asintomáticos por contacto estrecho el 34,9% o fiebre el 25,6%. El tiempo medio hasta la negativización de la PCR fue de  $19 \pm 11,42$  días. Fallecieron 15 pacientes (17,4%).

Se trasladaron al nivel hospitalario al inicio de la medicalización a 8 pacientes la mayoría por criterios clínicos respiratorios y 5 más durante la evolución por criterios respiratorios y cardiovasculares, correspondiendo al 15,1%.

Se ha analizado la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas y fragilidad con la evolución de la enfermedad sin encontrarse diferencias significativas. Los resultados se muestran en la [tabla 1](#).

El resultado de nuestro estudio muestra una menor tasa de mortalidad del 17,4% en relación con los datos de otras cohortes pertenecientes a centros sociosanitarios

publicados<sup>5</sup>. Estos datos pueden estar relacionados al entorno adverso que supone la hospitalización<sup>6</sup>.

Los centros sociosanitarios medicalizados implican que el paciente mantenga su entorno físico y el contacto con el mismo personal sanitario. Se trata de grupo de población especialmente dependiente y frágil en un entorno sanitario mucho menos hostil que el hospital sin que eso suponga una disminución en la calidad de la atención sanitaria.

La relación entre el personal propio de las 4 residencias y los equipos de trabajo de atención primaria y atención hospitalaria, coordinado por los profesionales de la delegación de salud, consideramos que fue fundamental en el éxito de la medicalización.

El hecho de medicalizar las residencias no empeora el pronóstico de los pacientes, incluso parece que la mortalidad y la derivación hospitalaria es menor a la esperada.

## Bibliografía

1. Davidson PM, Szanton SL. Nursing homes and COVID-19: We can and should do better. *J Clin Nurs*. 2020;29:2758–9, <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.15297>.
2. Gerst-Emerson K, Jayawardhana J. Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *Am J Public Health*. 2015;105:1013–9, [10.2105/AJPH.2014.302427](https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302427).
3. Informe COVID-19. 12 de noviembre de 2020. SIVIES. CNE. CNM (ISCIII) [consultado 13 Nov 2020]. Disponible en <https://www.dsn.gob.es/es/actualidad/sala-prensa/coronavirus-covid-19-12-noviembre-2020>.
4. Estrategia de actuación en residencias de mayores y centros sociosanitarios de la consejería de salud y familias. Versión 19 de mayo de 2020 [consultado 13 Nov 2020]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/SyF-DocumentoPlanActuacionResidencias.pdf>.
5. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogojans S, Kay M, Schwartz NG, et al. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County Washington. *N Engl J Med*. 2020;382:2005–11, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2005412>.
6. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health*. 2020;5:e256, [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X).