

## ORIGINALES BREVES

# Estudio descriptivo de un brote por SARS-CoV-2 en ancianas de un centro residencial

[Ver en pdf](#)

**Cristina García Iglesias.** Centro de Salud Rondilla I. Valladolid. España

**Zsofia Fanni Loska.** Centro de Salud Rondilla I. Valladolid. España

**Marta Gema Mora Sánchez.** Centro de Salud Rondilla I. Valladolid. España

**Enrique Pastor García.** Centro de Salud Rondilla I. Valladolid. España

**Sira Rodríguez Concheso.** Centro de Salud Rondilla I. Valladolid. España

**José Fernando Montiel Carreras.** Centro de Salud Rondilla I. Valladolid. España

### Para contactar:

Cristina García Iglesias. [cris6gar@gmail.com](mailto:cris6gar@gmail.com)

## RESUMEN

Las personas ancianas que viven en las residencias geriátricas son una población de alto riesgo de sufrir importantes consecuencias de la pandemia por SARS-CoV-2, por lo que se analiza una población de ancianas de una institución geriátrica durante la primera ola de la pandemia y se describe el brote epidémico que sufrieron.

La población de estudio fue de 157 residentes de una institución geriátrica durante un brote de infección por SARS-CoV-2. Se hizo un estudio prospectivo realizando un seguimiento diario por el equipo del centro de salud. Durante el seguimiento, se realizaron test de PCR para SARS-CoV-2, así como determinación de anticuerpos totales y disgregados.

En la población anciana, la sintomatología inespecífica retrasa el diagnóstico y contribuye a la propagación del proceso. Se necesitan pautas de prevención muy estrictas y un control precoz de los casos positivos ya que la pandemia ha demostrado que son en estas residencias donde se produce mayor letalidad.

**Palabras clave:** infección por SARS-CoV-2, persona anciana, residencia geriátrica, Atención Primaria.

### DESCRIPTIVE STUDY OF AN OUTBREAK OF SARS-CoV-2 IN ELDERLY WOMEN IN A NURSING HOME

#### Abstract

The elderly living in nursing homes are a high-risk population who have been negatively impacted by the SARS-CoV-2 pandemic. A population of elderly women from a nursing home was analysed during the first wave of the pandemic, describing the epidemic outbreak they suffered during this first wave.

The study population was 157 residents of a geriatric institution during an outbreak of SARS-CoV-2 infection. A prospective study was conducted with daily monitoring by a team from the health centre. During the follow-up, the PCR test for SARS-CoV-2 was performed, as well as a detection of antibodies and disaggregates.

In the elderly population, nonspecific symptoms delay a diagnosis and contribute to the spread of the process. Very strict prevention guidelines are needed, along with the early control of positive cases, since the pandemic has shown that it is these residences where the greatest fatality has occurred.

**Keywords:** SARS-CoV-2 infection, elderly person, geriatric residence, primary care.

## INTRODUCCIÓN

La evolución de la pandemia por SARS-CoV-2 desde el mes de marzo de 2020 ha dejado a la sociedad en un escenario sin precedentes en el último siglo. No cabe duda de que la trascendencia sanitaria y social está moldeando de manera llamativa la vida de nuestro entorno de forma más o menos marcada. Uno de los puntos más sensibles y que han disparado sutilmente las cifras de fallecimientos han sido las residencias de ancianos<sup>1</sup>, donde la infección ha golpeado con una virulencia extrema alcanzando unas tasas de mortalidad del 26-60%<sup>2</sup>, tanto por la edad avanzada como por las comorbilidades que presentan, y por la rápida propagación del virus en este entorno<sup>3,4</sup>. En estos centros, las intervenciones precoces, identificar y aislar a pacientes infectados y monitorizar activamente al resto de pacientes son medidas esenciales para la correcta prevención y control de los brotes<sup>3</sup>.

En nuestra zona básica de salud tuvimos que intervenir en la asistencia a un centro residencial de mujeres a principios de abril por la aparición de casos, así como por verse afectado el personal sanitario de dicho centro.

## OBJETIVO

Como objetivo principal, se establece describir el primer brote epidémico por SARS-CoV-2 en una residencia de ancianas en entorno urbano. Dentro de los objetivos específicos, se encuentran describir de manera longitudinal la evolución del brote, teniendo en cuenta aspectos clínicos y sociodemográficos, así como la utilidad de las pruebas diagnósticas disponibles en ese momento, y la organización que se estableció entre el personal sanitario y sociosanitario.

## MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, longitudinal, con diseño de cohorte prospectiva. Se han seguido las guías STROBE para estudios longitudinales<sup>5</sup>.

Se hizo una intervención comunitaria desde el centro de salud en la residencia, dado que en el momento de la pandemia la situación sobrepasó los recursos sanitarios de la misma. Por ello, la Gerencia Regional de Servicios Sociales consensuó con la Gerencia Regional de Salud la utilización de los recursos humanos de la zona básica de salud a la que pertenecía la residencia.

Entre el 2 de abril y el 11 de mayo de 2020, el equipo sanitario de nuestro centro de salud hizo visitas diarias al centro residencial una o dos veces al día, realizando el seguimiento clínico de todas las ancianas que vivían en una residencia geriátrica de la zona básica de salud. Cada día un médico y una enfermera acudían a la residencia para recoger distintas variables clínicas, tanto de síntomas como exploratorias, mientras que el personal del centro (enfermera y auxiliares de enfermería) colaboraba en el seguimiento de las pacientes durante el resto del día, sobre todo de sus necesidades sociales. Cuando existían cambios clínicos, el personal de la residencia podía consultar con el equipo del centro de salud en todo momento, y por las noches, con el equipo de urgencias del punto de atención continuada. Se estableció un turno rotatorio en ambas categorías (médico y enfermera) y se compartieron los datos clínicos cada día en una reunión de equipo con el resto de componentes del centro de salud, para conocer la evolución detallada de las pacientes. Cada día se informaba al equipo directivo y sociosanitario de la residencia del estado de las pacientes para que informasen a los familiares y adaptasen los aislamientos necesarios si aparecían nuevas pacientes contagiadas.

Las variables que se recogieron fueron: temperatura, saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, auscultación pulmonar y la aparición y duración de cualquier síntoma.

Respecto a la valoración social y familiar, se valoraron peticiones y necesidades de acompañamiento de las residentes por parte del personal de la residencia, y de forma excepcional por parte de sus familiares cuando era estrictamente necesario y siempre con un equipo de protección individual.

Asimismo, se recogieron los datos de historia clínica precisos del programa Medora de historias clínicas electrónicas para conocer la patología previa de las pacientes que pudiera influir en el desarrollo de la enfermedad. A lo largo del proceso, se realizaron test de PCR para SARS-CoV-2 y determinación de anticuerpos totales y disgregados.

Las residentes eran clasificadas como sintomáticas si presentaban algún síntoma relacionado con el coronavirus que no lo hubieran presentado previamente.

Para el análisis de datos, se ha creado una base de datos anonimizada en el programa informático SPSS®, versión 25.0.

## RESULTADOS

La población a estudio inicial fue de 157 residentes de una institución geriátrica con cinco plantas divididas en dos alas en cada planta, sin una distribución concreta, aunque algún ala está más dedicada a residentes con mayor grado de inmovilización.

El 7 de abril se inició el seguimiento de la residencia que contaba con un total de 157 mujeres con edades entre los 73 y los 101 años, con media de 89,7 años. Previamente habían fallecido 2 residentes el día 3, una de ellas con clínica compatible con COVID-19. Ese mismo día se hizo toma de PCR a todas las residentes, con el resultado de 125 positivos y 32 negativos (**figura 1**).

**Figura 1. Cronograma del brote epidémico por SARS-CoV-2 en la residencia de ancianas**



Respecto a la organización de la residencia, desde el primer momento las pacientes se alojaban en habitaciones individuales distribuidas en cinco plantas, con dos pasillos cada planta.

Según las pacientes se iban positivizando mediante los test diagnósticos, se movilizaban de habitación, manteniendo en todo momento pasillos de pacientes con test positivo y pasillos completos de pacientes con test negativo.

Los profesionales sanitarios y sociosanitarios que acudieron a la residencia disponían de un equipo de protección individual.



## DISCUSIÓN

La lucha contra la actual pandemia por coronavirus se centra en distintos aspectos, y no cabe duda de que uno de los principales campos de batalla han sido nuestras residencias de mayores, donde aún hoy continúa golpeando con fuerza esta enfermedad, a pesar de los avances en medidas de prevención y control. El inicio muy temprano de la afectación de este proceso en una residencia de nuestro entorno en un momento con muchas dudas y pocas ideas claras nos ha movido a estudiar el proceso de la pandemia en una comunidad que se caracteriza por ser personas frágiles y con un contacto estrecho, con la idea de sacar conclusiones que permitan ampliar y mejorar el cuidado en las residencias de ancianos.

La primera impresión al empezar el seguimiento de estas pacientes fue muy buena. Había pocas pacientes sintomáticas y las quejas principales venían del estado de confinamiento en sus habitaciones y las dudas sobre la enfermedad. El hecho de poder contar con un test PCR el primer día de seguimiento y su valoración al día siguiente nos dibujó un panorama más real de la situación: había casi un 80% de casos positivos, lo que motivó una profunda preocupación en nuestro equipo de salud por lo podría acontecer en las semanas siguientes en un momento en el que los protocolos sanitarios se modificaban constantemente y las posibilidades de tratamiento tanto en el centro como en el ámbito hospitalario eran escasas.

Dos días después del inicio del seguimiento, se produjo un pico importante de pacientes sintomáticas, lo que apunta a una rápida diseminación de la enfermedad en estas comunidades, tal como han señalado algunos autores<sup>6-8</sup>, de tal forma que el tiempo de duplicado casi es la mitad que en la población general, si bien en nuestro caso, tras el diagnóstico de laboratorio, se procedió a una anamnesis más exhaustiva con el fin de establecer una vigilancia activa de las pacientes sintomáticas. Por el contrario, no se objetivaron las desaturaciones tan llamativas que en otros pacientes motivaron su ingreso en servicios de unidades de cuidados intensivos (UCI), centrándose los síntomas en manifestaciones generales como hiporexia, así como febrícula, cefalea, diarrea y tos. El hecho de que los síntomas sean tan inespecíficos o no discernibles en estas comunidades retrasa el diagnóstico y contribuye de forma importante a la propagación del proceso<sup>9</sup>.

Los fallecimientos tuvieron lugar a lo largo de un período de 3 semanas, con una distribución normal, tras un período sintomático que, aunque en algún caso llegó a los 17 días, lo normal fue de 2-5 días, alcanzando a un 16,4% de las mujeres que presentaron la enfermedad, si bien 2 resultaron negativas en la prueba de PCR. Estas cifras son acordes a otros estudios previos<sup>10-12</sup>.

Las medidas de confinamiento fueron llevadas a cabo de forma precoz gracias a que las residentes contaban con habitación individual con baño y no precisaron compartir ninguna estancia. Asimismo, se llevaron a cabo medidas de limpieza y control para prevenir la transmisión del SARS-CoV-2. Aun así, pudimos asistir a una propagación muy importante que pone de manifiesto la necesidad de diseñar un plan específico y temprano en las residencias de mayores, donde la posibilidad de una gran incidencia de los procesos infecciosos es muy importante<sup>13</sup>. Las causas de la facilidad de transmisión de un proceso infeccioso en las residencias hay que buscarlas en la compartición de agua, comida, recursos de salud, además de la entrada y salida de visitantes, trabajadores y residentes<sup>14</sup>.

Las intervenciones realizadas se vieron entorpecidas por la falta de equipos de protección individual que hubo que reutilizar previa desinfección con dilución de lejía. Otra de las dificultades fue la imposibilidad de que los familiares pudieran acudir a las visitas rutinarias y el aislamiento prolongado, pues el no poder cubrir las necesidades sociales de las residentes favoreció un importante deterioro en su ánimo. El contagio de parte del personal de la residencia supuso una sobrecarga de trabajo para el resto de los compañeros, sobre todo a raíz de la inadecuada retirada de los equipos de protección individual.

En otras publicaciones se consideró reforzar las residencias con personal hospitalario como los geriatras de enlace, a través de telemedicina o bien mediante visitas presenciales, estableciendo unos protocolos de actuación<sup>4</sup>, resultando ideas de gran interés, aunque en el momento de la primera ola de la pandemia, la saturación del sistema sanitario impidió establecer este tipo de actuaciones.

La colaboración del personal de la residencia con los sanitarios del centro de salud y la coordinación de las gerencias regionales fueron una herramienta clave para contar con los recursos humanos y materiales que se pudieron conseguir para el abordaje del brote y para proporcionar los mejores cuidados posibles a las residentes, dentro de la gravedad de la situación.

Una de las grandes tareas pendientes tras esta primera ola, fue la valoración social adecuada de nuestras pacientes, que, a pesar de los esfuerzos del personal, se vio afectada de manera significativa. La utilización de la tecnología, el empleo de equipos de protección adecuados y el acortamiento de los plazos de aislamiento pueden proporcionar un menor sentimiento de soledad en nuestros pacientes<sup>15</sup>.

## CONCLUSIONES

La evolución de la enfermedad por SARS-CoV-2 en las residencias de personas ancianas puede mostrar un inicio silente, pero en un corto período de tiempo puede ser transmitido de forma muy importante y con resultados en términos de morbilidad y mortalidad muy negativos. Esta forma de actuar del virus

demuestra una capacidad de transmisión muy efectiva a través de pacientes asintomáticos.

Son necesarias pautas de prevención muy estrictas en las residencias de personas mayores, así como el control precoz de los casos positivos, ya que la pandemia ha demostrado que son estas residencias los focos donde se ha producido mayor tasa de letalidad dentro de la población. Una de las primeras medidas siempre debe ser el confinamiento temprano para evitar la extensión de los casos<sup>7,16</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Covid-19 Rapid risk assessment coronavirus disease 2019 ninth update 23 april 2020. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic-ninth-update>
2. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogosjans S, Kay M, Schwartz NG, et al; Public Health–Seattle and King County, EvergreenHealth, and CDC COVID-19 Investigation Team. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. *N Engl J Med*. 2020 May 21;382(21):2005-11. doi: 10.1056/NEJMoa2005412.
3. Miralles O, Sánchez-Rodríguez D, Marco E, Annweiler C, Baztan A, Betancor É, et al. Unmet needs, health policies, and actions during the COVID-19 pandemic: a report from six European countries. *Eur Geriatr Med*. 2021 Feb;12(1):193-204. doi: 10.1007/s41999-020-00415-x.
4. Menéndez-Colino R, Argentina F, De Miguel AM, Barcons Marqués M, Chaparro Jiménez B, Figueroa Poblete C, et al. La geriatría de enlace con residencias en la época de la COVID-19. Un nuevo modelo de coordinación que ha llegado para quedarse. [Liaison geriatrics with nursing homes in COVID time. A new coordination model arrived to stay]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2021 May-Jun;56(3):157-65. Spanish. doi: 10.1016/j.regg.2021.01.002.
5. Vandembroucke JP, Von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *PLoS Med* 2007;4(10):e297.
6. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, et al; Public Health–Seattle and King County and CDC COVID-19 Investigation Team. Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *N Engl J Med*. 2020 May 28;382(22):2081-90. DOI: 10.1056 / NEJMoa2008457
7. Kimball A, Hatfield KM, Arons M, et al; Public Health–Seattle & King County; CDC COVID-19 Investigation Team. Asymptomatic and Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections in Residents of a Long-Term Care Skilled Nursing Facility - King County, Washington, March 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 Apr 3;69(13):377-81. DOI: 15585 / mmwr.mm6913e1
8. Roxby AC, Greninger AL, Hatfield KM, et al. Detection of SARS-CoV-2 Among Residents and Staff Members of an Independent and Assisted Living Community for Older Adults - Seattle, Washington, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 Apr 10;69(14):416-8. DOI: 15585 / mmwr.mm6914e2
9. Graham NSN, Junghans C, Downes R, Sendall C, Lai H, McKirdy A, et al. SARS-CoV-2 infection, clinical features and outcome of COVID-19 in United Kingdom nursing homes. *J Infect*. 2020 Sep;81(3):411-9. doi: 10.1016/j.jinf.2020.05.073.
10. Martín-Sánchez V, Barquilla-García A, Vitelli-Storelli F, Segura-Fragoso A, Ruiz-García A, Serrano-Cumplido A, et al. Análisis de las tasas de letalidad de la infección por SARS-CoV-2 en las comunidades autónomas de España. *Medicina de Familia. Semergen*. 2020;46(1):12-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.013>
11. Casas-Rojo JM, Antón-Santos JM, Millán-Núñez-Cortés J, Lumbreras-Bermejo C, Ramos-Rincón JM, Roy-Vallejo E, et al. Clinical characteristics of patients hospitalized with COVID-19 in Spain: results from the SEMI-COVID-19 Network. *Medrxiv*. 2020;220(8):480-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1101/2020.05.24.20111971>
12. Etard JF, Vanhems P, Atlani-Duault L, Ecochard R. Potential lethal outbreak of coronavirus disease (COVID-19) among the elderly in retirement homes and long-term facilities, France, March 2020. *Euro Surveill*. 2020 Apr;25(15):2000448. DOI: 2807/1560-7917.ES.2020.25.15.2000448
13. Ryan S, Gillespie E, Stuart RL. A parainfluenza virus type 3 outbreak at a residential aged care facility: The role of microbiologic testing in early identification and antimicrobial stewardship. *Am J Infect Control*. 2017 Feb 1;45(2):203-5. DOI: 1016 / j.ajic.2016.06.032
14. Strausbaugh LJ, Sukumar SR, Joseph CL. Infectious disease outbreaks in nursing homes: an unappreciated hazard for frail elderly persons. *Clin Infect Dis*. 2003 Apr 1;36(7):870-6. DOI: 1086 / 368197
15. Ozamiz-Etxebarria N, Dosi-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoaga-Mondragon N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cad Saude Publica*. 2020 Apr 30;36(4):e00054020. English, Spanish. doi: 10.1590/0102-311X00054020.
16. Inns T, Keenan A, Huyton R, et al. How timely closure can reduce outbreak duration: gastroenteritis in care homes in North West England, 2012-2016. *BMC Public Health*. 2018 Apr 12;18(1):488. DOI:2807 / 1560-7917.ES.2020.25.15.2000448

**Fecha de recepción:** 10 de abril de 2021 **Fecha de aceptación:** 1 de febrero de 2022

**Editor responsable:** Asensio López Santiago



Volver

Estudio descriptivo de un brote por SARS-CoV-2 en ancianas de un centro residencial

Cristina García Iglesias, Zsofia Fanni Loska, Marta Gema Mora Sánchez, Enrique Pastor García, Sira Rodríguez Concheso y José Fernando Montiel Carreras

Comunidad marzo 2022;24(1):6

ISSN: 2339-7896

## COMENTARIOS

### Dejar un comentario

0  
comentarios

Su Nombre

Mensaje

Su Email

Web (opcional)

---

Comentar