

COVID-19

Reporte Reunión de Expertos Epidemia de la COVID-19 en las Poblaciones Mayores en las Américas. Barreras, Retos y Brechas para una Atención Sanitaria Efectiva Mayo 12, 2020

Objetivo: Identificar los retos, barreras y brechas de conocimiento que limitan la aplicación de medidas de prevención, mitigación y atención a las personas mayores, las cuales están en mayor riesgo de enfermar y morir por la epidemia del COVID19.

Puntos fundamentales discutidos:

1. Retos en la prevención del COVID-19 en las personas mayores que dependen de cuidados y que viven en instituciones o que son cuidados en la comunidad;
2. Barreras que limitan el acceso y cobertura efectiva de la atención sanitaria a las personas mayores con COVID-19.

Participantes: 68 expertos, representantes de 12 países de la región de las Américas (Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos, México, Perú, Uruguay y Puerto Rico), incluyendo expertos del área de geriatría, Asesores Regionales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y representantes de los Ministerios de Salud y agencias nacionales.

Panelistas invitados de Canadá, España, Estados Unidos, Gran Bretaña, e Italia, compartieron sus experiencias de país.

La apertura de la reunión estuvo a cargo de la **doctora Amalia Del Riego, Jefa de la Unidad de Sistemas y Servicios de la OPS y Coordinadora del Pilar de Fortalecimiento de Sistemas y Servicios del Equipo de Emergencia en respuesta a la COVID-19** de la Organización, en la cual presentó los diferentes pilares de esta estrategia, en donde la salud de los adultos mayores es identificada como un área prioritaria. **El doctor Enrique Vega, Jefe de Unidad de Curso de Vida Saludable y Asesor Regional Interino de Envejecimiento Saludable y responsable por este pilar en la estrategia**, explicó los objetivos de la reunión. **El doctor Manuel Montero, Miembro de la Sociedad de Geriatría Canadiense**, coordinó la sesión del panel, donde las experiencias de los países fueron compartidas.

Sesión del Panel

Dr. Leocadio Rodríguez Mañas (España)—Mencionó que el 95% de las muertes en hospitales de Madrid se presentaron en mayores de 60 años, representando aproximadamente el 52% de los infectados. El 61% de las muertes fueron en mayores de 80 años, lo que representa el 20% de los infectados. Añadió que el 5% de estos fueron admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos. El doctor Rodríguez Mañas señaló que posiblemente estos datos están infraestimados, especialmente entre los grupos de población más vulnerable y que no fueron admitidos en los hospitales (ej. adultos mayores que viven en residencias de cuidados a largo plazo). Hizo referencia a las dificultades de cuidado durante el COVID-19 y resaltó la poca investigación con relación a los mayores que están en las residencias; la falta de pruebas de diagnóstico del coronavirus, PCR (siglas en inglés de 'Reacción en Cadena de Polimerasa'), hasta muy recientemente; las dificultades en el aislamiento, con el acceso a los Equipos de Protección Individual (EPI) y a medicamentos (ej., intravenosos); y señaló la poca coordinación con los servicios de geriatría. En este último punto, la falta de criterios para la derivación dificulta el cuidado temprano y a tiempo. Es necesaria la anticipación y la prevención, por medio de vigilancia (PCR secuencial y periódico – cada 15 días). Así como limitar

COVID-19

las visitas y tener registros claros (de visitas, cuidadores COVID-19 x cuidadores no-COVID-19, limpieza y medidas de higiene rígidas).

Prof. Peter Lloyd-Scherlock (Gran Bretaña) – “Existe la necesidad de un enfoque más específico para la región de América Latina, basado en características singulares.” El Prof. Lloyd-Scherlock resalto que “no todos los residentes están en condiciones de dependencia o semi dependencia, pero los recursos en las residencias son escasos.” Además, hay poca coordinación entre las instituciones y las agencias locales de salud y sociales. Una estrategia de emergencia deberá tener un equipo multidisciplinario, con trabajo coordinado entre todos los sectores. Una guía básica que responde a las necesidades locales es fundamental, y lo que existe hoy en el sentido técnico es óptimo, pero señaló que el caso es contrario para las residencias más vulnerables. Sugiere que un cuestionario corto podría ayudar a identificar instituciones en mayor riesgo y las necesidades más específicas, también señaló que es necesario incluir en las encuestas las instituciones que no son registradas.

Prof. Francesco Landi (Italia) – Mencionó que los geriatras en su país fueron solicitados a ayudar en el control de infecciones por tener muchos adultos mayores infectados. Dos unidades hospitalarias fueron transformadas en unidades de COVID-19. El Prof. Landi afirma la necesidad de los cuidados pos agudos y de la importancia de ser llevados a cabo por un grupo multidisciplinario para hacer una evaluación completa. Señaló también que los pacientes que han sanado de la COVID-19 pueden tener PCR positivo, lo que corresponde aproximadamente el 20% de los pacientes.

Dra. Helen Fernández (Estados Unidos)—Resaltó que los mayores de 85 años han sido los más afectados por la COVID-19 y han necesitado cuidados complejos por la asociación con otras enfermedades. Por lo tanto, presentan síntomas atípicos que llevan a un diagnóstico tardío entre ellos la confusión, *delirium*, poco apetito y diarrea. Los médicos y profesionales de salud deben estar entrenados para reconocer estos síntomas en este contexto de COVID-19. También destacó que entre las personas mayores en aislamiento social es muy difícil de enfrentar, principalmente en las instituciones a largo plazo. Para minimizar el riesgo están siendo usadas plataformas tecnológicas (Facetime y Zoom) y el teléfono; de esta manera los mayores pueden mantener el contacto con sus familiares. Se calcula que el 30% de las muertes por COVID-19 en los EE. UU son en adultos mayores que viven en instituciones de largo plazo. La doctora Fernández piensa que este porcentaje va a subir (hay pocos datos epidemiológicos). Un problema común que se presentó fue la poca disponibilidad de protección individual para las personas en instituciones de largo plazo y la falta de una estrategia dirigida a los pacientes que fueron tratados en hospitales y que tuvieron que regresar a las residencias (hoteles y otras instancias en donde las personas podrían estar en cuarentena). Mencionó la escasez de recursos para tratamiento a los mayores, entre ellos los ventiladores. La doctora Fernández señaló la importancia de que la función (ej., cognitiva, física, mental) sea tomada en consideración para la selección del tratamiento y no solamente la edad como determinante.

Dr. Manuel Montero—En Canadá tuvieron más tiempo para prepararse para la pandemia, por la cual los entrenamientos fueron aplicados más hacia al tratamiento agudo y el cuidado. En cuanto a los hospitales, cuentan con espacio para atender pacientes; sin embargo, están enfrentando problemas para contener la COVID-19 en las instituciones de cuidados a largo plazo.

Sesión Consulta Técnica I

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Conócelo. Prepárate. Actúa.

www.paho.org/coronavirus

COVID-19

Tema 1—Retos en la prevención de la COVID-19 en las personas mayores que dependen de cuidados y que viven en instituciones o que son cuidados en la comunidad. La discusión sobre los retos y problemas de los países fue facilitada por el doctor José Francisco Parodi, Director del Centro de Investigación del Envejecimiento de la Universidad de San Martín de Porres, Perú.

La discusión inició con la experiencia Latinoamericana en relación con:

- las barreras en la prevención y control de infecciones en las instituciones de cuidados de largo plazo;
- las dificultades que limitan un soporte sanitario efectivo para las instituciones de los cuidados de largo plazo;
- los retos para mantener medidas de prevención efectivas en adultos mayores dependientes de cuidados que viven en la comunidad;
- las barreras que impiden la integración efectiva entre los servicios sanitarios y los proveedores de cuidados en la comunidad;
- el análisis sobre donde se encuentran los “cuellos de botella.”

Diálogo Abierto entre los Expertos y Participantes

Prof. Silvia Gascón (Argentina): Particularmente en Argentina, se han tomado medidas rápidas por indicaciones de la oficina de la Presidencia, en donde se ha hecho el llamado a la integración del trabajo entre los Ministerios de Educación y de Salud. Se cuenta con un grupo de expertos trabajando permanentemente. Debido a que hubo un mayor enfoque hacia el área hospitalaria para la atención de los casos más agudos, se fue quedando atrás la aplicación de medidas para atender a las residencias de los adultos mayores, y es allí donde se están visibilizando los problemas actualmente. Lo que llamó la atención en el caso de Argentina fue que en las residencias que cuentan con buen recurso humano y buenos equipos, surgieron los primeros casos positivos de COVID-19 (una de las residencias tuvo 7 pacientes positivos). Por eso, esta discusión es muy importante, se deben conocer las acciones e intervenciones adecuadas para poder mitigar los retos que están enfrentando estas residencias.

Dr. Javier Uribe (OPS/Argentina): Manifestó su preocupación que en muchos países, como es el caso de Argentina, donde las medidas de gobierno son muy estrictas (mencionado por la Prof. Gascón) son respetadas por la población, y hay una gran cantidad de adultos mayores que tienen las competencias para vivir solos. Sin embargo, tienen el limitante apoyo que se requiere logísticamente por parte de las municipalidades o por parte de la sociedad civil. Según el doctor Uribe, esto es un punto enfoque para trabajar en la formulación de iniciativas donde el voluntariado o personal tenga un rápido entrenamiento para poder cumplir estas necesidades de las personas mayores y que son muy relevantes durante esta pandemia.

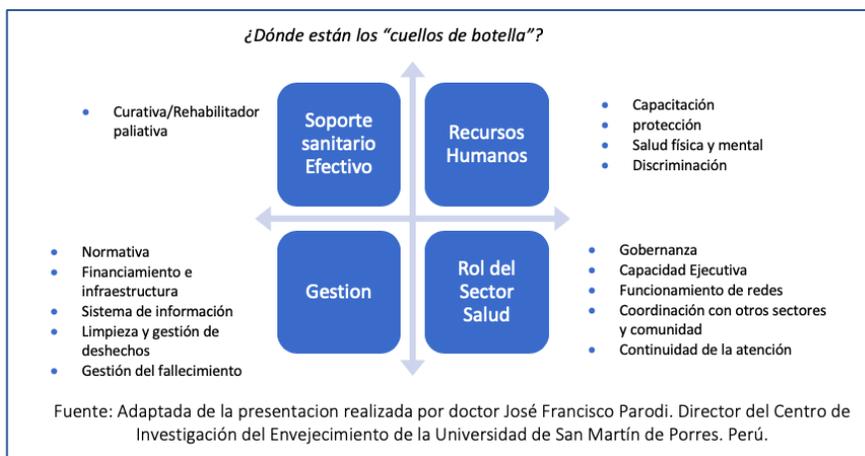
Prof. Manuel Montero (Canadá)—Lo que se ha aprendido de la experiencia en Canadá es que es muy difícil cambiar políticas si no se es parte del gobierno o de las organizaciones institucionales. Por lo tanto, sería interesante aprender más de las experiencias que se están desarrollando en América Latina y el Caribe; especialmente en la formación de grupos de trabajo. En Canadá, esta fue la manera en que pudieron tener la voz para influenciar en el contexto político. Resaltó que en Canadá no se estaban implementando pruebas para detectar la COVID-19 en las residencias de los adultos mayores hasta que el Grupo de Trabajo creado por los geriatras presionaron e influyeron conjuntamente el gobierno para finalmente ver realizados estos esfuerzos. También le pareció muy importante las recomendaciones compartidas por el Prof. Lloyd Sherlock en identificar cuáles son las instituciones geriátricas de mayor riesgo e identificar cuáles son los pacientes que no tienen tanta dependencia para que tal vez puedan ser trasladados a un hotel u otro lugar. Igualmente, hay que proteger el personal de salud, ya que los trabajadores pueden infectarse muy fácilmente. A veces el problema no es la falta de materiales de

COVID-19

protección personal, el problema es porque no saben cómo ponerse y quitarse el equipo de protección personal, el cual es la principal causa de casos de infecciones entre los trabajadores de salud detectada.

Dr. Aldo Sgaravatti (Uruguay)— Uruguay tiene la ventaja de ser un país pequeño. Sin embargo tiene alrededor de 15,500 residentes viviendo en residencias para adultos mayores. Uruguay tuvo la estrategia de unir a todos los prestadores públicos y privados para evitar atención individual para cada paciente y lo cambio a un modelo en donde hay un prestador general de salud para cada residencia de adultos mayores con un determinado prestador de salud. Este se encarga de la asistencia de todos los que viven en una residencia. El doctor Sgaravatti en su institución ha visto una distribución de 1,400 pacientes en 57 residencias (promedio de 25 residentes por residencia). Aunque esta estrategia gubernamental generó aislamiento en la separación en los ambientes contaminados de los no contaminados, Uruguay ya tiene casos positivos de la COVID-19 en las residencias de adultos mayores. Esto demuestra que la estrategia no funciona, por las razones mencionadas anteriormente. Entre ellas, la falta de entrenamiento del personal en el manejo de los materiales y / o equipos de protección personal y la incapacidad de entender como prevenir la enfermedad y su contagio. El doctor Sgaravatti, manifestó estar muy interesado en las experiencias de los centros intermedios los cuales fueron creados en otros países con el fin de separar los que no son dependientes de los que lo son. Señaló que en Uruguay se pensó generar centros intermedios (entre las residencias y los hospitales), para que los pacientes positivos con COVID-19 pudieran ingresar en los hospitales sin necesidad de recibir atención en unidades de cuidados intensivos. Se pensó también tener centros capacitados con 100-150 camas para atender estos pacientes previo al ingreso necesario a hospitales o sanatorios, esto con la idea que después de su ingreso a hospitales y sanatorios puedan estos pacientes regresar a las residencias. Todavía no se sabe todavía si es una buena estrategia.

María Cristina Hoffman (Brasil)—Una iniciativa muy importante en Brasil con la COVID-19 es el frente nacional sobre la protección de personas de prioridad con centros investigadores y asociaciones civiles para presionar el Congreso Nacional para definir acciones y cobrar recursos financieros. Las mayores dificultades en el momento son la falta de equipamiento y la enorme cantidad de residentes en las residencias de adultos mayores (entre 6,000 y 12,000). La preocupación es la capacitación de los profesionales para identificar los síntomas atípicos y en garantizar los procesos y / o protocolos apropiados para el aislamiento.



Dr. Virgilio García (Brasil)—Complementa lo que mencionó María Cristina Hoffman, y agrega que en Brasil se reunieron alrededor de 150 expertos para la elaboración de un documento para presionar a los organismos legislativos y ejecutivos para establecer criterios adecuados para la realidad en el país.

COVID-19

Vânia de la Fuente Núñez (OMS)—Mas allá de las brechas comentadas, sistemáticamente en lo que identificamos en las residencias de personas mayores, es importante reconocer la gran incógnita que existe en los países para determinar quienes están en riesgo dentro las poblaciones de adultos mayores con dependencia en las comunidades y las posibles brechas para acceder e identificar a estos individuos en particular. La oficina de Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra esta generando y recolectando la lista de necesidades que han mandado los países miembros. Algunos de estos países también han compartido estrategias adoptadas para llegar a reconocer quien en la comunidad es dependiente, cómo solucionar las brechas actuales y de esta manera poder implementar las vías de prevención y atención adecuadas.

Dr. Paulo Villas Boas (Brasil)—Otro gran problema en Brasil es la diferencia entre las evidencias con relación a los adultos mayores y la dificultad con los pacientes hospitalizados. La mayoría de estas residencias de adultos mayores no tienen las condiciones de hacer asesoramiento de los pacientes con la COVID-19 y hay grandes dificultades ya que la mayoría de las residencias cuentan con pocos cuartos, por la cual no hay forma para hacer un aislamiento apropiado en la propia institución. Otra característica en las residencias de adultos mayores en Brasil es que no son instituciones de salud, estas son de asistencia social, por la cual la reglamentación depende básicamente de la evidencia en el sector social, no sanitaria.

Dr. Jorge Browne (Chile)—El servicio nacional del adulto mayor, SENAMA, y el Ministerio de Salud (MINSAL) junto con las sociedades de geriatría han diseñado una estrategia la cual ha destinado fondos principalmente en 3 líneas estratégicas: 1) la compra de equipos de protección personal; 2) la ayuda de reemplazo al personal en las residencias; y 3) la instalación de residencias transitorias, que ayuda a descomprimir pacientes positivos con la COVID-19 y permite un aislamiento correcto en estas residencias. Ha sido una estrategia que hasta el momento ha sido satisfactoria, pero habría que va a pasar en los próximos meses. Con respecto a las barreras y problemas, esta estrategia es válida para los que tienen alguna afiliación con el SENAMA o con en MINSAL, la cual incluye 8,000 residentes dentro de Chile. Sin embargo, entre 23,000 y 25,000 personas que viven en las residencias sin ninguna afiliación, desde el punto de vista estatal, su situación de salud es completamente incierta. Las personas que viven en estas residencias informales generan otra gran barrera de atención para el país.

Sesión Consulta Técnica II

Tema 2— Barreras que limitan la cobertura y el acceso a la atención sanitaria a las personas mayores con COVID-19. El tema de discusión para identificar retos y problemas en el acceso a salud de los mayores en países fueron **facilitadas por Dr. Carlos Cano, Director Instituto de Envejecimiento de la Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.**

El doctor Cano señala que en las presentaciones de los panelistas, mucho se ha dicho sobre algunos de estos problemas, entre ellos la edad como criterio de exclusión para algunos de los servicios de salud, exclusión de los mayores en los ensayos clínicos e investigaciones para la vacuna, y las dificultades a los servicios para el diagnóstico temprano. La doctora Rossana Apassa mencionó que una de las barreras principales es el oportuno diagnóstico. EL doctor Cano está de acuerdo y agrega que es un asunto que será profundizado en esta semana de trabajo. Señala asimismo que esto es especialmente una gran dificultad para los adultos mayores que están confinados y pueden tener problemas con asistencia domiciliarias.

Diálogo Abierto entre los Expertos y Participantes

Vânia de la Fuente Núñez (OMS)— Las barreras a una atención sanitaria efectiva tiene que ver con el difícil acceso. Hoy ya se usan muchas tecnologías (móvil y ordenador) para consultas, *triaged* iniciales de síntomas generales. Hay un movimiento para promover el uso de telemedicina, pero esto puede ser un problema en muchas regiones. Hay miedo en las personas mayores de ir a las consultas por temor a ser contagiados.

COVID-19

Dr. Marcelo Shapiro (Argentina)— La reducción del ingreso de familiares a las visitas a instituciones de cuidados a largo plazo y la poca comunicación, o casi nula, entre las personas mayores residentes es algo que preocupa. El tema de la comunicación es clave, que se soluciona con el uso de la telemedicina, el Tablet, y contacto visual. Usando mejores estrategias de comunicación se ha logrado buenos resultados para la salud mental y vínculos más estrechos. Tenemos que mejorar la estrategia de contacto y actividades en las instituciones de cuidados a largo plazo para mejorar las estrategias de comunicación. En Argentina, se han desarrollado herramientas y estrategias con terapeutas ocupacionales que han dado buenos resultados.

Dr. Patrick Wacholz (Brasil)— Afirmó lo que mencionó el doctor Paulo Fortes Villas Boas en la discusión anterior, que en Brasil las instituciones de cuidados a largo plazo tienen un carácter mucho más social que de salud y esto dificulta crear los espacios de aislamiento y una comunicación efectiva. Existe mucha dificultad en hacer pruebas en personas que están con sospecha de COVID-19 o en los profesionales de salud que trabajan en instituciones de cuidados a largo plazo. Gran parte de las pruebas en Brasil están distribuidas para uso en los hospitales; por lo tanto, la política de distribución de pruebas necesita una ampliación para que sean mejor distribuida, especialmente para las instituciones de cuidados a largo plazo.

Adriana Capuano (Argentina)—Es indispensable la calidad de los datos epidemiológicos ya que de ahí se toman las decisiones. Muchas de las instituciones de cuidados a largo plazo son ilegales y muchas no tiene equipo de salud disponible. Muchos de los mayores que van al hospital no tienen los datos de donde vienen, donde residen y esto limita los datos epidemiológicos para tener datos correctos desde el inicio, presentación de síntomas, cuanto tiempo tomaron para presentar síntomas, que es esencial para rastrear los datos de inicio y de ahí poder determinar estrategias.

Dr. Luis Miguel Gutiérrez (México) – Resaltó la importancia de hablar sobre el seguimiento de contacto, por ejemplo, que hacer a partir de la identificación de los casos para acompañar las personas, usar metodología específica y la aplicación de diferentes tecnologías (aplicaciones o Apps). También es necesario tener personal entrenado y dedicado. Esto especialmente con la segunda ola de la COVID 19 que viene. Ahora la preocupación mayor es con las personas en las instituciones de cuidados a largo plazo, y con los mayores que están en casa y que van a tener contacto con niños que están en las escuelas y personas que están saliendo a trabajar. Otro tema importante es que las pruebas masivas son esenciales en las residencias. La participación de la OPS y sus puntos focales es una importante estrategia para dar mayor visibilidad a los temas con los gobiernos locales.

El **Dr. Enrique Vega cerró la sesión** resaltando el gran interés y necesidad de parte de la OPS en seguir trabajando y colaborando con este grupo de expertos para identificar las barreras y dificultades que tienen los países para permitir un trabajo mas focalizado con documentos y recomendaciones para uso de todos. El doctor Vega resaltó las palabras del doctor Rodríguez-Mañas sobre la importancia de anticipar los problemas para tener éxito.

INCLUIR INFO COMPARTIDA EN EL LINK-MUY GENERA, AGREGAR LA AGENDA Y LAS PRESENTACIONES EN EL ENVIO DEL REPORTE.