



CARTAS CIENTÍFICAS

Infeción SARS-CoV-2 en una residencia de mayores en la primera ola pandémica



SARS-CoV-2 infection in a nursing home in the pandemic first wave

Sr. Editor:

El 24 de marzo fue creada en el área sanitaria de A Coruña y Cee la «Unidad de coordinación y apoyo asistencial de las residencias sociosanitarias» como respuesta a la crisis sanitaria del coronavirus (COVID-19), abarcando 64 residencias con un total de 3.800 habitantes. Según los estudios realizados en este tipo de pacientes, la mayoría son asintomáticos o paucisintomáticos, presentando, sin embargo, altas cargas virales¹. Por ello, las estrategias basadas en la presencia de síntomas son poco valiosas y el Servicio Gallego de Salud emitió instrucciones para tomar muestras a todas las personas de las residencias sociosanitarias, organizando los equipos médicos en cada una según la estructura de la misma y el número de positivos.

Los autores de este escrito, siendo parte de dichos recursos, realizamos un estudio unicéntrico observacional, descriptivo y retrospectivo. La población a estudio fueron los habitantes de una residencia sociosanitaria de dicha área que dieron positivo en las PCR (*polymerase chain reaction, Allpex 2019-nCoV Assay-Seegene*) para SARS-CoV-2, efectuadas entre el 22 de marzo del 2020 y el 9 de junio del 2020, y que fueron atendidos por médicos del Sistema Gallego de Salud.

La residencia de mayores de la que se extraen los datos expuestos, con capacidad para 150 usuarios, fue dotada de personal sanitario (médico y enfermería) que reforzó el equipo asistencial de la propia institución, con atención las 24 h del día. El edificio consta de cinco plantas; los usuarios positivos a COVID-19 se concentraron en las tres superiores, adoptando las medidas de aislamiento y de prevención necesarias para la estancia, seguimiento y tratamiento. Se realizaban visitas médicas diarias y toma de constantes, al menos, tres veces al día.

Los autores de este escrito basaron sus decisiones clínico-asistenciales en el «Protocolo para el manejo de la infección por SARS-CoV-2 en el ámbito de las residencias de mayores» del Servicio Gallego de Salud². Las variables fueron extraídas de la historia clínica y entregadas de forma anónima por la propia residencia (protocolo aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de A Coruña – Ferrol).

Se evaluaron 99 pacientes, 75 mujeres (76%) y 24 hombres (24%), con una edad media de 84,08 años (desviación estándar [DE] 9,23). Las medias del índice de Barthel, índice de Charlson ajustado por edad y de la *clinical frailty scale* (CFS) fueron, respectivamente, de 48,08 (DE 37,37), 7,1 (DE 1,92) y 6,13 (DE 1,68).

Tabla 1

Frecuencia de comorbilidades, síntomas o signos presentados y del tratamiento utilizado

Comorbilidades	n	%
HTA	64	64,65
ECV	45	45,45
DM	22	22,22
Cáncer	17	17,17
ERC	10	10,10
EPOC	4	4,04
Síntomas y signos (n = 63)		
Fiebre/febrícula	46	73,02
37 - 37,5 °C	13	20,63
37,6 - 38 °C	24	38,10
> 38 °C	9	14,29
Disnea	35	55,56
Saturación O2 < 92%	30	47,62
Taquipnea	26	41,27
18 - 24 rpm	20	31,75
> 24 rpm	6	9,52
Tos	19	30,16
Diarrea	10	15,87
Vómitos	8	12,70
Hipoglucemia	5	7,94
Hipotensión	4	6,35
Odinofagia	1	1,59
Tratamientos utilizados (n = 58)		
Oxígeno	29	50
Gafas nasales	18	31,03
VMK	9	15,52
VMK + reservorio	2	3,45
Anticoagulación	54	93,1
HBPM	38	65,52
ACO	14	24,14
Corticoides	11	18,97
Oral	1	1,72
Intravenoso	10	17,24
Azitromicina	47	81,03
Otros antibióticos	39	67,24
Amoxicilina-clavulánico	3	5,17
Ceftriaxona	23	39,66
Levoflaxacino	13	22,41
Hidroxicloquina	15	25,86
Lopinavir/ritonavir	3	5,17

ACO: anticoagulación oral; DM: diabetes mellitus; ECV: enfermedad cardiovascular; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ERC: enfermedad renal crónica; HBPM: heparina de bajo peso molecular; HTA: hipertensión arterial; VMK: mascarilla VentiMask.

Presentaron síntomas el 63,64% de los residentes (tabla 1). Entre los que experimentaron fiebre o febrícula, la duración de la misma fue de 3,76 días (DE 2,1). La media de días con PCR positiva fue de 28,87 (DE 11,45) y de días con síntomas de 11,64 (DE 11,20). El 58,59% de los pacientes tuvieron que recibir tratamiento específico para la COVID-19 (tabla 1).

Además, 17 residentes (17,17%) requirieron derivación e ingreso hospitalario en algún momento del seguimiento. Fallecieron 14 (14,14%) afectados; de estos, 12 (85,71%) en la propia residencia sociosanitaria y dos (14,29%) en el medio hospitalario.

Al final del período de intervención, se realizó un nuevo test masivo a los usuarios que no habían tenido resultado positivo previamente y pruebas serológicas a 81 de los pacientes que habían obtenido un resultado positivo, a los cuatro meses del mismo, sin encontrar ningún positivo en los primeros y un porcentaje de inmunoglobulina G (IgG) del 91,3% en los segundos.

Hemos observado que los pacientes son sintomáticos en proporciones mayores a las observadas en anteriores publicaciones de poblaciones similares^{1,3}. Muchos presentaron síntomas leves que no comprometen la calidad de vida ni el pronóstico final y que pueden pasar desapercibidos si no se realiza una búsqueda activa⁴.

Cabe destacar la importancia dada a la anticoagulación como prevención de los eventos trombóticos provocados por la COVID-19 en el ámbito residencial, donde la inmovilidad derivada del estado clínico de los pacientes y del propio confinamiento supone un factor de riesgo en sí mismo.

Parece probable que los testados masivos en una situación de epidemia en lugares vulnerables, como las residencias, hayan contribuido a frenar la propagación del virus y hayan favorecido la evaluación y el tratamiento precoz de la enfermedad⁵. Con la dotación de recursos y los circuitos de desechos, se ha atendido y dado seguimiento a la población institucionalizada, evitando las complicaciones asociadas con la hospitalización, pudiendo también haber contribuido a reducir la presión asistencial hospitalaria. Estas medidas no han ido en detrimento de la evolución clínica, ya que la tasa de mortalidad es menor a la descrita en otros medios residenciales⁶ u hospitalarios⁷.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A María Mar Terceiro-Delgado, Margarita Tovar-Bobo, Hugo Hernández-García, Félix Fernandez-Lareu, Carlos Lariño-Calviño,

Pedro Llinares-Mondejar, Susana Santos-Couce, Rosario Vázquez-López y a todos los trabajadores y dirección de la residencia de mayores Concepción Arenal – DomusVi (A Coruña).

Bibliografía

- Kimball A, Hatfield KM, Arons M, James A, Taylor J, Spicer K, et al. 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;69:377–81. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6913e1.htm>.
- Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria, Subdirección Xeral de Farmacia, Consellería de Sanidade. Protocolo para o manexo da infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) no ámbito das residencias de maiores. 2020. Disponible en: [https://coronavirus.sergas.gal/Contidos/Documents/97/PROTOCOLO%20PARA%20O%20MANEXO%20DA%20INFECC%3%93N%20POR%20SARS-CoV-2%20\(COVID-19\)%20NO%20C%81MBITO%20DAS%20RESIDENCIAS%20DE%20MAIORES%20V.3%20odt.pdf](https://coronavirus.sergas.gal/Contidos/Documents/97/PROTOCOLO%20PARA%20O%20MANEXO%20DA%20INFECC%3%93N%20POR%20SARS-CoV-2%20(COVID-19)%20NO%20C%81MBITO%20DAS%20RESIDENCIAS%20DE%20MAIORES%20V.3%20odt.pdf).
- Borras-Bermejo B, Martínez-Gómez X, Gutierrez-San Miguel M, Esperalba J, Antón A, Martín E, et al. Asymptomatic SARS-CoV-2 infection in nursing homes, Barcelona, Spain, April 2020. *Emerg Infect Dis.* 2020;26. <http://dx.doi.org/10.3201/eid2609.202603>.
- Bernabeu-Wittel M, Terner-Vega J, Nieto-Martín M, Moreno-Gaviño L, Conde-Guzmán C, Delgado-Cuesta J, et al. Effectiveness of a on-site medicalization program for nursing homes with COVID-19 outbreaks. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2020. <http://dx.doi.org/10.1093/geron/glaa192>.
- Hubert B, Rolland Y, Tuillon E, Giacosa N, Albrand M, Jaussant A, et al. Efficacy of a test-retest strategy in residents and health care personnel of a nursing home facing a COVID-19 outbreak. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21:933–6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.013>.
- Comas-Herrera A, Zalakain J, Lemmon E, Henderson D, Litwin C, Hsu AT, et al. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence. *Itccovid.org.* 2020. <https://itccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence>.
- Borobia AM, Carcas AJ, Arnalich F, Álvarez-Sala R, Monserrat-Villatoro J, Quintana M, et al. A cohort of patients with COVID-19 in a major teaching hospital in Europe. *J Clin Med.* 2020;9:1733. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm9061733>.

Alain García-de Castro*, Mercedes Domínguez-Fernández y Fernando Lamelo-Alfonsín

Hospitalización a Domicilio y Unidad de Coordinación y Apoyo Asistencial de las Residencias Sociosanitarias del Área Sanitaria de A Coruña y Cee, Hospital Marítimo de Oza, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Alain.garcia.de.castro@sergas.es (A. García-de Castro).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.01.005>

0211-139X/ © 2021 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Biomarcadores en el dolor: ¿mito o realidad?



Pain biomarkers: Myth or reality?

La medicina de precisión en oncología podría definirse como la medicina dirigida a dar a los pacientes el mejor tratamiento según su historia clínica, su estado fisiológico y las características moleculares de sus tumores. Con ello se persigue obtener una mayor eficacia del tratamiento con menor toxicidad y menor gasto. Se basa, en parte, en la búsqueda de biomarcadores que nos permitan seleccionar el mejor tratamiento para cada paciente.

El dolor crónico es de difícil manejo porque los procesos en el sistema nervioso que provocan el dolor no están perfectamente identificados. El dolor en estas circunstancias es la expresión de un sistema nervioso que funciona patológicamente. Al igual que en otras enfermedades neurológicas complejas, es muy poco pro-

bable que un único biomarcador pueda «capturar» el dolor en su totalidad.

Se suma a todo ello que la forma estándar de evaluar el dolor es con escalas de calificación y cuestionarios basados en síntomas. Tenemos por tanto herramientas de difícil reproducibilidad y que están influenciadas por un espectro de variables subjetivas.

¿Con qué precisión se puede medir el dolor de mañana si es idéntico o diferente al de hoy?, ¿su peor dolor es el mismo que el de alguien con una genética, cultura o ambiente diferente? En la experiencia del dolor influyen varios factores como el estado de ánimo, el contexto sociocultural y el nivel cognitivo. Es por todo ello que la evaluación del dolor es compleja y variable.

Hay que abandonar la visión de que el dolor categorizado como leve, moderado y severo determina la elección terapéutica y evolucionar a un nuevo modelo en el que reconozcamos que la experiencia del paciente con dolor es la consecuencia de múl-