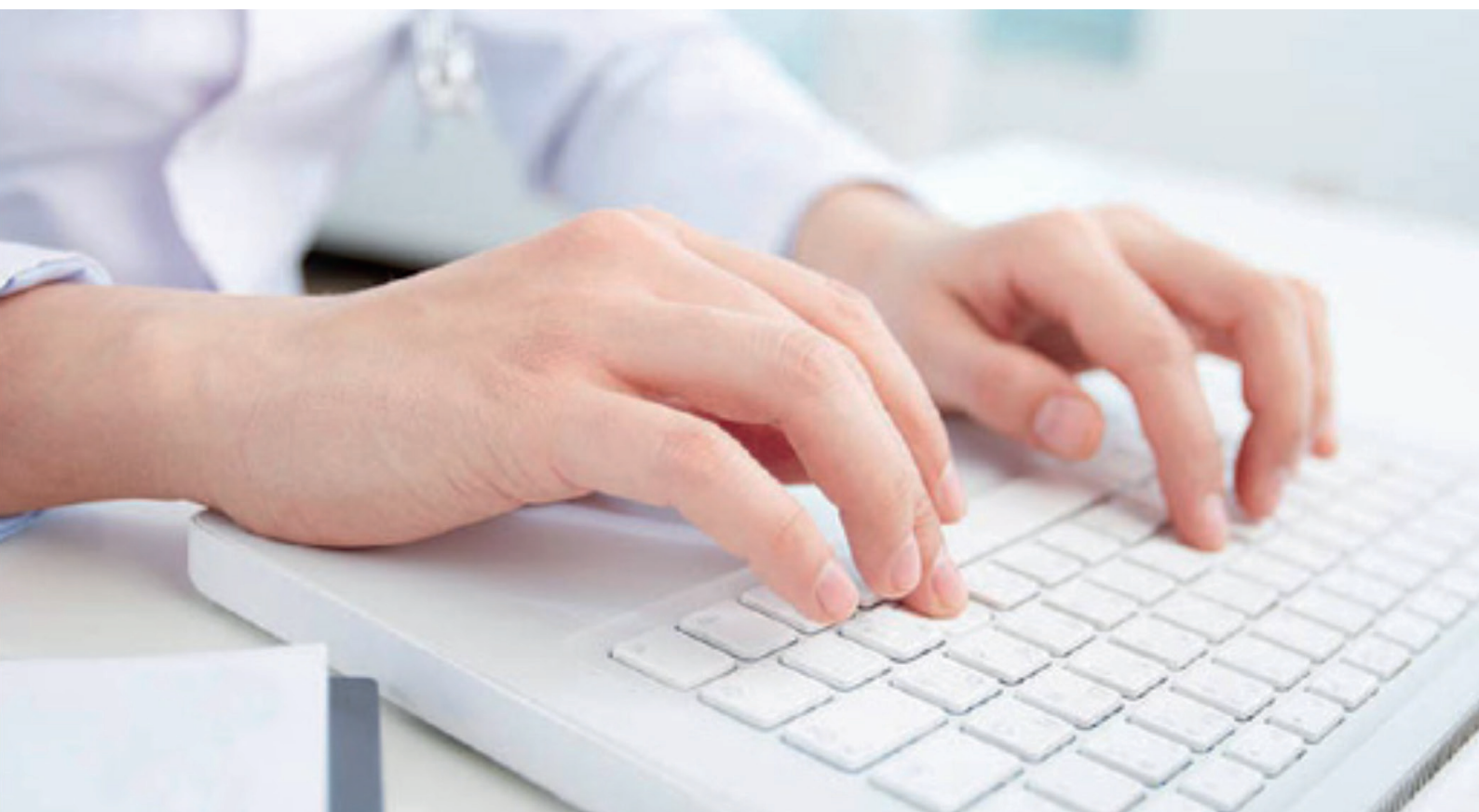


INFORME

ATENCIÓN PRIMARIA

(ADULTOS)

3 de Julio de 2020





ATENCIÓN PRIMARIA

(ADULTOS)

Fecha: 3 de julio

Equipo de trabajo: Atención primaria (Adultos)

Integrantes: Sosa A, Tomasina F, Niz C, Skapino E, Ormaechea G, Vignolo J, Berro G

Invitado: Hamlet Suárez

Coordinador de grupo: Ormaechea Gabriela

1) Temas urgentes y prioritarios (COVID y no COVID)

- Alojamiento adultos mayores: residenciales, casas de salud, hogares de comunidades, con y sin fines de lucro
- Reapertura
- Infección masiva por COVID en residenciales
- Vigilancia nutricional
- Heterogeneidad personal, plantas físicas y población
- Responsabilidades regulación: MSP, MIDES, Intendencias, Bomberos
- Educación y adiestramiento personal
- Monitorización-auditoría de las medidas implementadas en forma periódica
- Comunicación medidas: prensa
- Trabajo con las familias: información

2) Contexto y experiencia internacional

En el contexto internacional y a menos escala nacional los residenciales de ancianos se han visto severamente impactados por COVID-19. Los brotes de COVID 19 en estos sistemas sanitarios, han determinado alta tasa de infección, morbilidad y mortalidad. Como se sabe esta población es más vulnerable de adquirir la infección por COVID 19, no solo por el mero hecho cronológico de tener más de 65 años sino además por lo frecuente que son en este



grupo etario las múltiples comorbilidades, deterioro cognitivo, alteraciones de los órganos de los sentidos, multifarmacia, sarcopenia, deficiencias nutricionales, fragilidad, a lo que se asocia el hacinamiento.

En forma concomitante el confinamiento prolongado nos ha enfrentado a otro tipo de problemas no menores ni de menor importancia sanitaria.

El aislamiento prolongado y sostenido necesario para el control y mitigación de la pandemia sobre esta población frágil y vulnerable sumado al distanciamiento familiar ha promovido la aparición de trastornos adaptativos y descompensación de enfermedades psiquiátricas preexistentes.

En este contexto se asocian los temores en algunos responsables sanitarios de los residenciales, administradores médicos, los propios internados e incluso familiares, en realizar interconsultas externas o en trasladar internados a sanatorios u hospitales e incluso en permitir el ingreso de personal calificado al residencial.

De esto se concluye que la vuelta a la normalidad debe ser lenta, escalonada monitorizada y cuando luego que las otras actividades sociales se hayan completado.

Contexto Nacional

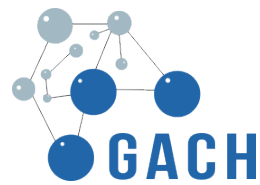
Nuestro país es uno de los más envejecidos de las Américas con un 17% de su población mayor de 60 años, de los cuales 13.4% es mayor de 65 años.

La mayor parte es auto válido y están socialmente integrados. El 90% reside en el medio urbano y su escolaridad promedio alcanza el nivel de primaria en más de 60% y secundaria el 28%.

Se pudo constatar que algo más de 16 mil personas mayores no sabían leer ni escribir y por otra parte 6 de cada 10 no supero el nivel de primaria.

El grupo de 65 a 84 años es heterogéneo, pero mantiene cierta integración social e independencia. Los de más de 84 años de edad incrementan sus problemas de salud y se tornan más dependientes constituyendo un 12% de la población.

Cuando nos referimos a la evidencia ésta se diluye a medida que la persona envejece, al punto que los protocolos de investigación en varias áreas son hasta los 70 años. Es por eso que hay dificultad en los de mayor edad para aplicar protocolos, algoritmos, escalas, etc. Los clínicos saben que en los adultos mayores las formas clínicas de presentación de las enfermedades son atípicas, a título de ejemplo una neumonía se puede presentar sin fiebre y hacerlo como



un síndrome confusional.

Según consulta a la página web del MSP existen 38 residenciales habilitados hasta 2019 y otro grupo en trámite de registro.

Existen en un número no determinado alojamientos que funcionan sin habilitación ni registro. La mayoría en Montevideo, pero también en el interior con diferentes niveles asistenciales. Estos alojamientos se rigen de acuerdo a la ley 19359 del 19 de diciembre de 2015 y decretos complementarios; el registro y habilitación, así como las inspecciones según la mencionada ley corresponden al MSP y al Mides.

Según el informe del Sistema de Información sobre Vejez y Envejecimiento (SIVE) el 94% de los que viven en residenciales son adultos mayores. Siete de cada 10 residentes tienen más de 80 años, y dos de cada 10 tienen entre 65 y 79 años. Los menores de 65 años son el 6%.

Las mujeres constituyen el 77% y los hombres el 23%.

De acuerdo a este estudio el 57,4% de los residentes requieren ayuda para las actividades del diario vivir.

Dentro del personal de los establecimientos analizados se demuestra que el 94% de los trabajadores son mujeres. Solo el 6% posee capacitación de enfermería.

Aproximadamente el 29% de los establecimientos estudiados cuenta con personal capacitado en primeros auxilios en todos los turnos, mientras que un 35.7% no cuenta con personal capacitado en primeros auxilios en ninguno de los turnos.

El 15 de mayo de 2020 según consulta en la página web del MSP se firmó un acuerdo para que los prestadores de salud: ASSE, Federación de prestadores médicos del interior (FEPREMI) y prestadores privados de capital e interior se organicen para atender a las personas mayores que viven en residenciales. También según consta en la página web del MSP, se firmó el 29 de abril un acuerdo de complementación entre el MSP, la Cámara de Emergencias Móviles y entidades públicas y privadas para brindar asistencia a los residenciales.

A la heterogeneidad del grupo etario de adultos mayores se suma la multiplicidad de centros de alojamientos de ancianos los cuales son muy dispares, presentando la gran mayoría barreras arquitectónicas, dificultades en la aclimatación ambiental adecuada, defectos en la ventilación, dificultades de accesibilidad, predisposición al hacinamiento, falta de espacio para aislamiento de potenciales pacientes con enfermedades infecciosas ya sea Covid -19, tuberculosis u otras. También se observa heterogeneidad en las direcciones técnicas de dichos establecimientos: algunos dirigidos por médico geriatra, gerontólogos no internistas, otros por internistas con



cursos de especialización en geriatría, algunos al frente de personal de la salud no médicos con respaldo teórico de geriatras.

Sumado a lo anterior, la gran mayoría del personal de enfermería no cuenta con una capacitación específica para el cuidado de personas mayores con trastornos de las actividades del diario vivir o instrumentales del diario vivir y un número no determinado con trastornos mentales.

Las historias clínicas van desde el esbozo de historia electrónica de larga estadía hasta historias clínicas manuscritas y en ocasiones cuadernos con múltiples anotaciones de varios especialistas y en ciertos casos hojas sueltas o nada, constituyendo todo esto una mezcla heterogénea que no responde a ninguna idea científica.

Otro aspecto relevante es que las restricciones para evitar contagios por COVID-19 en los hogares para adultos mayores, han llevado a que las comidas de los residentes se estén llevando a cabo en las propias habitaciones. El aislamiento y la soledad son factores de riesgo independientes para la malnutrición en este grupo etario, pudiendo la desnutrición producir mayor mortalidad que la propia infección por COVID-19. De ahí la importancia de prestarle atención a la alimentación de esta población y priorizar la apertura de los comedores en los hogares, de manera de mitigar los efectos del aislamiento.

Por otro lado, plantas físicas que salvo excepciones fueron adaptadas para dar ingreso a una población heterogénea de pacientes que muchas veces presentan trastornos mentales que los hacen dependientes. Por otro lado, se puede añadir que con esta población institucionalizada de ancianos conviven también personas jóvenes con patologías psiquiátricas graves, ex drogadictos, ex convictos, y otra serie de personas marginadas de la sociedad.

Por todo lo anteriormente expresado se puede concluir que la situación de los residenciales en nuestro país es sumamente preocupante y compleja, con un gran espectro de situaciones muy heterogéneas, desde lo edilicio, la gestión de los mismos, la capacitación del personal de salud, la monitorización y el tipo de residentes que en ellos se encuentra. Por lo que una pandemia como la que estamos viviendo, donde sus peores resultados en morbilidad se han dado en la población adulta y adulta mayor, hace de este tema algo prioritario, que lógicamente debería trascender más allá del momento que estamos viviendo.

Si miramos el contexto internacional y tomamos como referencia al Ministerio de Sanidad del Gobierno de España vemos en los reportes del mismo un nivel de ordenamiento diferente.

Según consta en el estudio sociológico publicado en el Libro Blanco de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, los problemas de atención al anciano fueron mejorando a partir



de un desarrollo importante de la educación en el área de Geriatria y Gerontología con incorporación a los curriculum académicos y una mejora en la formación del personal, la gestión y la arquitectura de los establecimientos de internación.

3) Sugerencias y recomendaciones

- Para reapertura (anexo 1 y anexo 2)
- Consideraciones nutricionales (anexo 3)
- Revisar ventilación y aclimatación (anexo 4)
- Actualizar diagnósticos, tratamientos, interconsultas y nuevos ingresos (anexo 5)
- Prever desalojo urgente y planes de contingencia por ausentismo de personal (anexo 6)
- Comunicación medidas: prensa (anexo 7)
- Educación: adiestramiento en servicio al personal médico, enfermería, auxiliares, (anexo 8)
- Actualizar con nuevas versiones de acuerdo a la evolución de la pandemia y el estado de situación en el día a día, los comunicados y recomendaciones a través de un solo organismo oficial (anexo 9)
- Monitorización frecuente de las medidas implementadas y resultados (anexo 10)

ANEXOS



Anexo 1

Reapertura

Se recomienda para la reapertura en primer lugar hacer un relevamiento sobre:

- a) Número de internados por residencial
- b) Existencia de Director Técnico Médico geriatra u otra especialidad
- c) Número de personal por número de ancianos y por turno
- d) Capacitación de dicho personal
- e) Posibilidades de aislamiento de infectados o sospechosos de estarlo
- f) Existencia de protocolos de higiene personal de los internados, de los funcionarios, posibilidad de distanciamiento físico y social
- g) Posibilidad de testeo rápido de COVID-19
- h) Protocolo para visitas de profesionales, proveedores, familiares
- i) Suficiente material de protección personal
- j) Estado de actualización de la inspección de Bomberos
- k) Existencia de lista de personal suplente

Se suma a lo anterior tener información sobre un relevamiento acerca de:

- Ausencia en el personal y en los residentes de infecciones por covid-19.
- Características de la planta física.
- Nivel de hacinamiento (número de internados por metro cuadrado).
- Área geográfica urbana, sub urbana, rural y departamento
- Capacitación que ha recibido el personal con referencia a la autoprotección y cuidado de los internados, así como la detección precoz de la infección viral.
- Regulación de las visitas y si existe capacidad para el ingreso de las mismas con protección personal evitando circulación dentro de residencial.

La reapertura de los residenciales se deberá armonizar con las reaperturas de otras actividades sociales y acompañadas con la evolución de la pandemia. Siempre 14 o 28 días después de que



se hayan reducido los casos activos y los niveles de contagio.

El residencial deberá tener previsto en caso de infección masiva un lugar a donde trasladar a los infectados y a su vez contar con un número adecuado de personal suplente.

Anexo 2

Sugerencias de la SOCIEDAD URUGUAYA DE GERONTOLOGIA Y GERIATRIA (Personería Jurídica 9928 (18/5/1978) con aportes tomados de las normas dictadas a tal efecto por el Ministerio de la Salud del Gobierno de España)

PROPUESTA de PROTOCOLO DE VISITAS EN ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA

Debido a la gran diversidad de Establecimientos de Larga Estadía (ELEPEM) reinstaurar las visitas de familiares y amigos debe ser evaluado en cada centro y bajo supervisión de la Dirección Técnica del mismo de no tener DT se exigirá la autorización por el MSP.

Según las recomendaciones sanitarias internacionales, las residencias pasibles de la implementación de visitas deben estar ubicadas en regiones donde el índice de personas positivas sea menor o igual a 3 por 100.000 habitantes y contar con un informe favorable del prestador de salud a cargo.

Se establecerán categorías que serán públicas; “verde” si el ELEPEM no tiene ningún caso positivo de Covid 19 y sin hacinamiento “naranja” si cuenta con un solo caso debidamente aislado y posibilidades de aislamiento y distanciamiento entre los internados y “rojo” si es de alto riesgo por contar con varios casos positivos y problemas de hacinamiento que dificulten la posibilidad de distanciamiento o personal insuficiente y barreras arquitectónicas sin solución.

Las visitas deberán seguir los protocolos del centro en todos sus términos y de no cumplirse la Dirección Técnica puede denegar el ingreso de esa persona.

Las visitas deberán portar tapabocas, higienizar sus manos con agua y jabón y/o alcohol y desinfectar su calzado antes de ver al residente. Los Establecimientos deberán contar con un



lugar donde las visitas puedan dejar objetos personales como ropas de abrigo, mochilas, etc. Y se puedan colocar los equipos de protección apropiados. Se mantendrá en todas las etapas y hasta nuevo aviso el distanciamiento de 2 metros. Así mismo, la visita no podrá presentar síntomas de infección respiratoria ni haber estado en contacto con personas portadoras de la enfermedad.

El ELEPEM debe contar con un lugar aislado del resto para recibir las visitas, luego de las cuales se debe ventilar por el espacio de una hora mínimo y desinfectar todas las superficies.

Si en cualquier etapa se presenta un caso positivo, la Dirección Técnica evaluará nuevamente la posibilidad de visitas.

Las distintas actividades habituales de la residencia pueden comenzar siempre que se realicen a la distancia requerida y cumpliendo los protocolos del MSP a tales efectos con las normas sanitarias de la institución. Del mismo modo la atención por parte de podólogo, fisioterapeuta o profesional de estética que requiera la persona mayor se deberán ajustar a las normas actuales de actuación de los funcionarios de la salud.

Se recomienda que los Centros de Día permanezcan cerrados.

Establecemos una guía en etapas orientativa y consecutiva a aplicar con una diferencia de 15 días entre una y otra.

ETAPA 1

Se permitirá el ingreso de un visitante por residente por semana y con cita previa. Se excluyen personas menores a 12 años.

La visita no durará más de 30 minutos.

Se permitirán nuevos ingresos al Residencial siempre y cuando se realice con test de PCR negativo.



ETAPA 2

Se permitirán las visitas de hasta dos personas en distinta oportunidad cada una, por semana, con las mismas características que la etapa 1.

Se podrán realizar salidas acompañadas por un cuidador en un perímetro de 500 metros.

ETAPA 3

Visitas sin agenda, pero manteniendo protocolo de higiene y distancia sin límite de edad, siempre y cuando no se superpongan con la de otro residente o se utilicen espacios abiertos.

Se mantiene límite de edad o queda a criterio del Director Técnico en cada caso específico.

Salidas autónomas en residentes autoválidos y con la capacidad adecuada para adoptar las medidas de distanciamiento y protección necesarias.

SITUACIONES DE EXCEPCIÓN:

- a. PACIENTES EN SITUACION DE ULTIMOS DÍAS: pueden tener más de una visita no simultánea (si conviven podrá ser simultánea), distancias para despedidas pueden ser menores y tiempos de visitas mayores
- b. PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO GRAVE: pueden requerir visitas más frecuentes, con menor distancia, así como tiempos de visitas mayores
- c. PACIENTES QUE DEBAN PERMANECER EN CAMA: podrán recibir visitas en su habitación. (se recomienda la desinfección sistemática de la habitación luego de la visita y si es posible la ventilación)

SALIDAS DE LOS RESIDENTES A DOMICILIO DE FAMILIARES: triage escrito y firmado por familiares despistando posibles casos de infección respiratoria en el ambiente familiar. Recomendar medidas básicas para evitar contagio: lavado de manos, mantener distancia, uso de tapabocas.

Anexo 3

Algunas sugerencias para la reapertura de los comedores y la mejora en la alimentación:

- Acomodar las áreas de comedor de manera que los residentes se sienten a comer manteniendo una distancia óptima
- Escalonar los horarios de comida para que se pueda comer en pequeños grupos
- Minimizar otras actividades del personal durante el horario de comidas de manera que estén presentes en el comedor y aseguren la ingesta óptima de los residentes
- Priorizar una alimentación atractiva desde el punto de vista sensorial, de consistencia blanda, pero sin perder la calidad nutritiva
- Ofrecer colaciones entre las comidas a aquellos residentes que tienen el apetito disminuido
- Considerar la consulta nutricional para aquellos casos en que se detecte un mayor riesgo de desnutrición.

Cabe recordar que se debe continuar manteniendo una estricta higiene desde la recepción de los alimentos hasta el servicio de comidas.

Los alimentos en sí mismos no son transmisores del virus, pero si sus superficies están contaminadas, pueden actuar como vehículo de transporte hasta el hombre. Las evidencias muestran que, si las microgotas respiratorias de una persona infectada caen sobre una superficie u objeto, el virus puede permanecer vivo por varias horas o días (según el tipo de material de la superficie).

Por lo tanto, es importante la higiene y desinfección de los alimentos y las superficies de trabajo y almacenamiento.

Recepción:

- Recibir la mercadería en un horario a convenir, asignándole un lugar específico, hasta que se realice la higiene y desinfección.
- Designar personal para esta tarea. El sector de recepción tiene especial relevancia en la aplicación de las medidas de bioseguridad adicionales en el marco de la emergencia COVID, dada la circulación de personas desde el exterior del servicio.
- Es aconsejable recibir por separado víveres frescos y víveres secos para disminuir los volúmenes de mercadería recibida y permitir una correcta manipulación de los mismos.
- Se deben descartar los empaques innecesarios; si es posible, en el caso de productos con empaques secundarios, descartar las cajas o plásticos exteriores que han tenido contacto con el ambiente.



Almacenamiento:

- Si se trata de productos envasados (cajas tipo TetraPack, frascos, latas, paquetes), se debe desinfectar cada producto por unidad, con una solución desinfectante.
- Los víveres secos se guardarán en recipientes secos previamente desinfectados.
- En el caso de las frutas y verduras se recomienda lavarlas y desinfectarlas con solución de hipoclorito de sodio de uso doméstico antes de almacenarlas.
- Otros insumos como bandejas y vajilla descartables, deben almacenarse en estanterías desinfectadas.
- Los artículos de limpieza deben estar totalmente separados de los insumos alimentarios.

Elaboración:

Durante la preparación y servicio de alimentos se puede transmitir el virus, ya que las manos y saliva, al toser y estornudar pueden tener contacto con utensilios y alimentos que consumirán las personas; por ello es importante seguir normas de higiene personal y ambiental:

- Lavarse las manos siempre antes de preparar los alimentos
- Usar un uniforme que se encuentre limpio y no se haya portado previo a iniciar el horario laboral. Tampoco se permitirá salir de la institución vistiendo el uniforme de trabajo.
- Utilizar mascarilla (tapabocas) y gorro/cofia/redecilla.
- Evitar el uso de anillos, caravanas, pulseras, relojes, uñas largas o postizas y maquillaje; es un vehículo para microorganismos.
- No fumar, masticar, comer o hablar mientras se prepara o transporta alimentos ya que se pueden salpicar partículas de saliva en utensilios, superficies o alimentos.
- No compartir elementos de uso personal (vasos, mate, bombilla, tazas, cubiertos o cualquier otro utensilio de cocina) ni elementos de higiene.
- No utilizar teléfonos celulares o dispositivos personales para escuchar música con auriculares durante la manipulación de alimentos en el sector de elaboración de comidas.
- Mantener la ventilación ambiental con el fin de disminuir la transmisión aérea de agentes patógenos.
- Asegurar el correcto funcionamiento de sistemas de ventilación/extracción.
- Mantener la limpieza y desinfección de mesadas, piletas, equipos (picadora, procesadora, licuadora y otros) y unidades de cocción (quemadores, hornos, planchas, parrillas). Se deberá disponer de un rociador con solución desinfectante para esterilizar las superficies al final de



cada proceso o tarea

Servicio:

- El servicio, emplatado y embandejado de raciones, debe ser realizado, en lo posible, por una sola persona dedicada a esa tarea.
- La vajilla y utensilios utilizado se deben someter a limpieza y desinfección después de cada uso, lavándolos con agua y detergente.
- En caso de residentes con COVID-19, se hará el servicio en vajilla descartable.
- Para los residuos se deberá disponer de suficientes recipientes con tapa, de un material que permita una adecuada higiene y desinfección. Se recomienda recipientes a pedal a fin de reducir la manipulación del mismo.

El personal deberá notificar si padece síntomas respiratorios, fiebre, sospecha o padecimiento de COVID-19.

Anexo 4

Se debe instrumentar comunicación con Bomberos para prevención de accidentes.
Lograr aclimatación de los residenciales con la seguridad de una buena ventilación.

Anexo 5

Directores técnicos y responsables no médicos de los residenciales tendrán la responsabilidad de coordinar la actualización de los diagnósticos y tratamientos de los internados contactándose con los prestadores en el más corto plazo.

Será prioritario además de monitorizar la evolución y eventuales descompensaciones de enfermedades crónicas, muy prevalentes en ancianos, la detección de enfermedades psiquiátricas o descompensación de las mismas, las situaciones de abuso y maltrato.

Se deben racionalizar y optimizar las consultas presenciales de médicos, podólogos, fisiatras, fisioterapeutas, así como la asistencia de peluqueros, etc.



Diseñar planes para visitas a distancia o presenciales con protectores acrílicos o de otro tipo. Todas las medidas deben ser implementadas y asegurar su cumplimiento por convencimiento y no por medidas punitivas

Anexo 6

Prever ante un brote de infección la necesidad de traslado de parte o todos los residentes a lugares específicamente seleccionados.

Generar una lista de suplentes en caso de ausentismo masivo.

Restringir actividades dentro de las instituciones, pero sustituirlas por otras que no impliquen aglomeración, acortamiento del distanciamiento personal y social, ambientes cerrados o reuniones muy prolongadas en el tiempo.

Anexo 7

Se comunicará por la prensa y otros medios el ordenamiento de las visitas, la importancia de la actualización del estado de salud de los internados y las nuevas medidas de cuidados personales e institucionales.

Personal de la salud está obligado a informar si tiene síntomas sospechosos de infección.

Anexo 8

El personal debe estar informado de los recursos disponibles en la institución y en caso de emergencia cómo comunicarse y con quién.

El personal de la salud debe recibir instrucción reiterada sobre higiene personal, ambiental, manejo de pacientes dependientes, eliminación de residuos contaminados, uso de equipos de protección personal y de los residentes. Se debe instruir en el uso de los sanitarios, donde guardar abrigos, carteras, objetos de uso personal.

El personal de la salud debe estar instruido sobre manejo de fallecidos COVID o sospecha de COVID.



El personal de la salud que asiste personas dependientes debe tener equipos de protección personal. No alcanza con tapaboca. Mascarillas faciales deben quedar reservadas para personal de la salud el cual no estará protegido con el solo uso del tapaboca.

Para visitantes y residentes usar tapaboca: de acuerdo a las recomendaciones sobre los diferentes modelos existentes. Evitar circulación por el residencial sin tapabocas.

Recordar que los ancianos no tienen por qué tener los síntomas clínicos clásicos de la infección por COVID 19 y tener formas de presentación atípica: confusión mental, apatía, anorexia, etc. Por eso el personal de la salud debe estar atento a esta situación.

Se recomienda la existencia de cartilla de bioseguridad para el público y los trabajadores. Debe existir capacitación frecuente en aspectos de bioseguridad.

El personal de la salud debe ser adiestrado en el manejo de pacientes con COVID 19

Por parte de personal entrenado (servicio social, médicos, enfermería, nutricionistas, etc.) procurar un acercamiento humano a la familia y de ésta al residente brindándole información confiable y segura sobre la actividad actual, capacidades asistenciales y proyección al futuro.

Anexo 9

Antes de la reapertura tener la información al día del SINAE y organismos competentes para ver caso a caso o región por región la posibilidad de reapertura.

Anexo 10

A los efectos de evitar confusiones, la comunicación de las medidas se deberá realizar de acuerdo a las recomendaciones del organismo comunicador designado, en lo posible uno solo y hacerlo por los diferentes medios de difusión.

Instrumentar el seguimiento, monitorización y apoyo a través de los organismos oficiales y/o privados, generando una comunicación permanente de consulta y asesoramiento por diversas vías de comunicación.



5. Referencias Bibliográfica

1. Instituto Nacional de Estadística en el “Atlas socio-demográfico y de la Desigualdad del Uruguay” Fascículo 7 “Envejecimiento y personas mayores en Uruguay publicado en el 2016 “por Nicolás Brunet y Clara Márquez año 2016. Editorial Trile.
2. Ley N° 19149 del 24 de octubre de 2013 Art. 298 MSP.
3. Ley N° 19353 del 27 de noviembre del 2015 Art. 517 y 518 de la Ley N° 19359 del 19 de diciembre de 2015 y la Ley N° 17066 del 24 de diciembre de 1998 MSP, MIDES.
4. Establecimientos habilitados ELEPEM MSP página web 2020.
5. Planes de contingencia para los ELEPEM MSP, MIDES (ELEPEM: establecimientos de larga estadía para personas mayores) Plan Nacional Coronavirus. msp.guy.uy
6. Guía de prevención y control frente al COVID-19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial versión de 24 de marzo de 2020 Ministerio de Sanidad Gobierno de España
7. Mental Health and Psychosocial Considerations During COVID-19 Outbreak OMS 27 de febrero 2020, version 1.4
8. Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health 13 May 2020 United Nations
9. Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons may 2020 United Nations
10. Presymptomatic SARS-COV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility NEJM April 24, 2020 Downloaded from nejm.org
11. Preparing for COVID-19: Long-term Care Facilities, Nursing Homes Centers for Disease



Control and Prevention 2020

12. Establecimientos habilitados ELEPEM MSP msp.gub.uy

13. Recomendaciones para ELEPEM en el marco de la emergencia sanitaria por coronavirus COVID 19 Sistema Nacional de Cuidados MIDES 2020

14. Recomendaciones a ELEPEM para la prevención y actuación frente al COVID MSP MIDES 2020

15. Las personas mayores en el Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y políticas públicas SIVE: Sistema de información sobre Vejez y Envejecimiento 2015 MIDES Inmayores DINEM Observatorio Social UNFPA

16. Libro Blanco Estudio Sociológico El Médico y la Tercera Edad Estudio realizado por el Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief y la Sociedad Española de Geriátrica Graficas Nilo Doctor Castelo, 32 28009 Madrid 1986

17. CMS (Center for Medicare and Medicaid Services) Nursing Home Reopening Recommendations for State and Local Officials) May 18, 2020 Baltimore Maryland

18. CMS (Center for Medicare and Medicaid Services) Preparing for COVID 19 in Nursing Homes May 19, 2020 Baltimore Maryland

19. CDC (Center for Disease Control and Prevention) Infection prevention and Control Assessment Tool for Nursing Homes Preparing for Covid 19 U.S. Department of Health and Human Services May 8, 2020

20. Christa Boulos, Pascale Salameh, Pascale Barberger-Gateau. Social isolation and risk for malnutrition among older people. Geriatr Gerontol Int 2016

21. Grupo de trabajo Ad Hoc de referentes provinciales de nutrición durante la emergencia COVID-19. Guía de Recomendaciones para la Reorganización y Normatización de Servicios



de Alimentación y Nutrición Hospitalarios durante la Emergencia COVID-19. Gobierno de Jujuy, Ministerio de Salud. Argentina, Abril 2020.

22. INCAP. Recomendaciones para la alimentación saludable durante COVID-19. Guatemala: INCAP, 2020.