



# PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA Y CONTROL DE COVID-19 EN CENTROS RESIDENCIALES DEL AMBITO SOCIOSANITARIO

*Este protocolo está en revisión permanente en función de la evolución y nueva información que se disponga sobre la infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2)*

6 de julio de 2021

PROTOCOLOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

### Cambios importantes introducidos en la nueva revisión

\*Se reduce de 14 a 10 días desde la última exposición la cuarentena de las personas usuarias con pauta de vacunación completa que sean identificadas como contacto estrecho de un caso confirmado.

\*No se indica cuarentena a residentes con infección confirmada por COVID-19 en los últimos 180 días tras una exposición de riesgo; sí se les indica las PCR correspondientes.

\*El personal y estudiantes en prácticas que no estén completamente vacunados tendrán que hacerse una PCR al incorporarse al centro tras las vacaciones o una IT mayor de una semana o si son nuevas incorporaciones.

## 1. Introducción

A lo largo de la pandemia, los centros sociosanitarios de personas mayores se han revelado como entornos de alta transmisión del virus SARS-CoV-2, favorecida por el contacto estrecho que exige el cuidado de estas personas y la proximidad cotidiana entre residentes. Las personas que viven en estos centros, por su edad y frecuencia de comorbilidades, han experimentado mayor riesgo de desarrollar enfermedad grave y altas tasas de mortalidad.

La campaña de vacunación COVID-19 priorizó los centros residenciales y de día de personas mayores y con discapacidad, y se ha observado una reducción importante en la incidencia de enfermedad, y con ella de los casos graves y fallecimientos, además de los aislamientos y cuarentenas.

La evidencia actual indica que las diferentes vacunas contra la COVID-19 son eficaces para reducir la infección sintomática y asintomática, la enfermedad leve, moderada y grave, y la mortalidad. Se sabe que la inmunidad generada por las vacunas no impide de forma completa la replicación del virus en la mucosa de las vías respiratorias superiores del sujeto vacunado, y la eficacia de la vacuna no llega al 100%. Además, la respuesta inmune es menor en diversos

grupos poblacionales (personas de mayor edad, inmunodeprimidos...) y puede verse afectada por la circulación de nuevas variantes.

A pesar de que la detección del virus es posible en personas vacunadas, generalmente cursa de forma asintomática. Los estudios disponibles indican que la transmisión del virus a partir de casos vacunados a otras personas sería muy reducida, pero podría ser posible.

Todo ello, junto con la situación epidemiológica y la cobertura de vacunación actual, hacen que tanto las personas residentes como las trabajadoras deban continuar siguiendo todas las recomendaciones de prevención y control vigentes hasta ahora, para protegerse a sí mismas y a los demás de la infección por SARS-cov-2, independientemente de su estado de vacunación.

Un serio problema detectado en el corto tiempo transcurrido desde la campaña de vacunación en centros residenciales en la CAV es la negativa de personas residentes y trabajadoras a vacunarse. Aunque el porcentaje de estas personas es pequeño, esta situación ya ha originado varios brotes en residencias en la CAV, con casos en personas vacunadas. Pero además hay que añadir la vuelta al aislamiento y cuarentena de los casos y de sus contactos, con el consiguiente sufrimiento añadido al ya experimentado por las personas mayores residenciadas durante toda la pandemia. Todo ello hace necesario recordar la importancia de la vacunación de las personas residentes y trabajadoras en el ámbito residencial.

Este documento revisa las pautas establecidas en el "*Protocolo para la vigilancia y control de COVID-19 en centros residenciales del ámbito sociosanitario*" de 24 de junio de 2021. En él se contempla en algunos casos la excepción de cuarentena para contactos correctamente vacunados, que no podemos trasladar literalmente al ámbito residencial, por la mayor fragilidad de este entorno. Sin embargo, sí nos parece el momento de adoptar el tiempo de cuarentena de 10 días que se establece en la población general también a la población residenciada.

Es de aplicación en residencias de mayores, incluyendo las de congregaciones religiosas, y en residencias de personas con discapacidad, y en lo relativo a tiempos de aislamiento y cuarentena también a centros de día.

Otro tipo de centros sociosanitarios (pisos de acogida, de menores tutelados, etc.) seguirán las indicaciones del [\*Protocolo de vigilancia de coronavirus SARS-CoV-2 de la CAV\*](#) para población general.

Estas recomendaciones se irán revisando de forma permanente y a medida que se incremente la cobertura de vacunación y se disponga de más información y evidencia.

## 2. Transmisibilidad de SARS-CoV-2

**Período de incubación.** La mediana del periodo de incubación es de 5-6 días, con un rango de 1 a 14 días. El 97,5% de los casos sintomáticos se desarrollan en 11,5 días tras la exposición.

**Duración de la enfermedad.** El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la recuperación es de 2 semanas cuando la enfermedad ha sido leve y 3-6 semanas cuando ha sido grave o crítica.

**Periodo infectivo.** En pacientes que tienen un curso leve de infección, el pico de la carga viral en muestras nasales y orofaríngeas ocurre durante los primeros 5-6 días tras el inicio de síntomas y prácticamente desaparece al día 10. Si bien en algunos pacientes se detecta virus más allá del día 10, la carga viral es del orden de 100-1.000 veces menor, lo cual sugeriría una baja capacidad de transmisión en estos días. Además, se ha podido demostrar la ausencia de virus infectivo (no crecimiento del virus en cultivos) con cargas virales por debajo de  $10^5$  copias por torunda. Esto parece indicar que, en personas con síntomas leves, la probabilidad de transmitir la infección a otros más allá de la primera semana tras el inicio de síntomas sería muy baja, incluso cuando el virus aun es detectable mediante PCR. La detección de RNA viral puede prolongarse mucho en el tiempo en el límite bajo de la prueba de detección.

Se puede concluir que, de acuerdo con la evidencia existente, la transmisión de la infección en los casos leves ocurriría fundamentalmente en la primera semana de la presentación de los síntomas, desde 1-2 días antes hasta 5-6 días después. En los casos más graves esta transmisión sería más intensa y más duradera.

### 3. Prevención y control de la infección en el ámbito residencial

De cara a abordar el control de la infección por SARS-CoV-2 en el ámbito residencial, los planes de contingencia de los centros residenciales tendrán que contemplar las siguientes cuestiones:

- ▶ Disponibilidad de stock suficiente de equipos de protección.
- ▶ El circuito para solicitar pruebas de detección de infección activa (PDIA) para residentes y personas trabajadoras de manera urgente, claramente establecido.
- ▶ La dotación de personal con la debida formación para la prevención de la infección y el uso de equipos de protección. La plantilla deberá estar suficientemente dimensionada para abordar situaciones de mayor demanda por enfermedad de gran número de personas residentes.
- ▶ La disposición de una bolsa de personas trabajadoras con la debida formación, a la que se pueda recurrir en periodos de mayor carga de trabajo o de bajas del personal de plantilla.
- ▶ El diseño del plan de visitas y salidas del centro, así como de las actividades grupales, con las debidas medidas de precaución.

Para el resto de medidas de prevención y control de la infección en el ámbito residencial se actuará según lo dispuesto en las guías y protocolos ya publicados, disponibles en las páginas web del Departamento de Salud y del Ministerio de Sanidad.

### 4. Detección de casos de infección activa por SARS-CoV-2

En todos los centros residenciales, dentro de los planes de contingencia, se mantendrá una rutina de vigilancia activa de casos sospechosos de COVID-19 que asegure la detección inmediata de los mismos, realizando diariamente de forma sistemática la toma de temperatura, y observación de síntomas. En algunos casos puede resultar orientativa la bajada de la saturación de oxígeno medida por pulsioximetría o el aumento de frecuencia respiratoria.

No se recomienda de forma general llevar a cabo cribados periódicos en residentes ni realizar serologías para verificación de la efectividad de la vacunación. Sin embargo, se extremará la sospecha diagnóstica de caso en las personas residentes y trabajadoras no vacunadas, indicándose la realización de una PCR con la mayor celeridad ante el mínimo síntoma o sospecha de contacto con un caso confirmado, aunque este no haya sido considerado como estrecho.

Así mismo, se realizará una PCR a las personas trabajadoras que no tengan una pauta completa de vacunación cuando retornen del periodo vacacional (más de 7 días), tras IT prolongada (más de 7 días) o sean nuevas incorporaciones.

Se considera caso sospechoso de infección por SARS-CoV-2 a cualquier persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros, con fiebre, tos o sensación de falta de aire.

Otros síntomas como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolores musculares, diarreas, dolor torácico o cefaleas, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico.

Sin embargo, es importante destacar que la presentación clínica de la enfermedad puede ser muy leve o atípica, o presentarse como un deterioro inexplicable de la salud. Otras presentaciones atípicas en personas mayores o con factores de riesgo pueden incluir anorexia, apatía, conjuntivitis, desorientación, letargo, pérdida de peso, náuseas, erupción cutánea, somnolencia, congestión nasal o vómitos.

Ante cualquier caso sospechoso se solicitará una PCR en las primeras 24 horas. Si la PCR resulta negativa y hay alta sospecha clínica de COVID-19 se repetirá a las 48 horas con una nueva muestra. Se deberán descartar otros patógenos como la gripe o el VRS.

La prueba de elección para casos sintomáticos en el ámbito sociosanitario será la PCR, pero si el tiempo de espera del resultado de la PCR se prevé que pueda ser mayor de 24 horas, se podrá realizar prueba rápida de detección de antígeno. Si el resultado es negativo pero la sospecha clínica/epidemiológica es alta y/o han pasado más de 5 días desde el inicio de los síntomas, se realizará la PCR en exudado nasofaríngeo a las 48 horas.

Las personas completamente vacunadas que presenten sintomatología compatible con covid-19 serán también consideradas casos sospechosos.

Según la información existente en el momento actual, las personas con sintomatología compatible con COVID-19 que ya han tenido una infección confirmada por PDIA de SARS-CoV-2 en los 90 días anteriores, no serán consideradas casos sospechosos de nuevo, ya que es

altamente improbable la reinfección. Sin embargo, las personas trabajadoras de centros sociosanitarios, dada la vulnerabilidad de su entorno laboral, serán consideradas sospechosas siempre que presenten sintomatología compatible. De igual modo, también serán consideradas casos sospechosos las personas con condiciones clínicas que impliquen una inmunosupresión severa, siempre tras una valoración clínica.

Si la infección se confirmó hace más de 90 días los casos se considerarán como sospechosos a todos los efectos.

### 5. Manejo de los casos de COVID-19

Todos los casos sospechosos de COVID-19 se mantendrán en aislamiento a la espera del resultado de la PDIA.

En los casos confirmados que no requieran ingreso hospitalario y sean tratados en el centro sociosanitario, se indicará aislamiento en dicho recurso. El aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 3 días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de 14 días desde el inicio de los síntomas. Si el caso es asintomático el aislamiento será de 10 días después de la toma de la muestra. La indicación de aislamiento, el seguimiento clínico y la decisión de alta, serán función del personal médico adscrito al centro, ya sea personal médico propio o de Osakidetza.

Si no puede garantizarse el aislamiento efectivo de los casos leves, se indicará el aislamiento en los centros habilitados para tal uso, si existe esta posibilidad.

Los casos de personas que han requerido ingreso hospitalario por COVID-19 podrán recibir el alta hospitalaria si su situación clínica lo permite, aunque su PCR siga siendo positiva, pero deberán mantener aislamiento en la zona destinada a casos confirmados, con monitorización de su situación clínica al menos 21 días desde el inicio de síntomas, siempre que hayan transcurrido tres días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico.

En caso de tener la última PCR negativa en el momento del alta hospitalaria y no presentar síntomas en los tres días previos, se considerará que la enfermedad está resuelta y no se hará aislamiento al regresar a la residencia.

En el caso de las personas trabajadoras enfermas de COVID-19, los criterios para el alta y fin de aislamiento domiciliario serán los mismos que en la población general. Estas personas se podrán incorporar a su puesto de trabajo tras la realización de una prueba que pueda indicar ausencia de transmisibilidad, bien sea por una determinación positiva de IgG por una técnica de alto rendimiento, o por una PCR negativa o que, aun siendo positiva lo sea a un umbral de ciclos (Ct) muy elevado. En caso de tratarse de una persona vacunada el único test aplicable es la PCR.

En este grupo este proceso será responsabilidad de los profesionales del ámbito de salud laboral.

Ante un caso confirmado de COVID-19 en una residencia para personas mayores u otro tipo de centro sociosanitario, se considerará que existe un brote en la institución. Todo caso confirmado deberá ser declarado de manera urgente a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica.

### 6. Valoración y estudio del brote. Manejo de contactos

El estudio y seguimiento de los contactos estrechos tiene como objetivo realizar un diagnóstico temprano en los que inicien síntomas y evitar la transmisión en periodo asintomático o con clínica leve.

Se clasifica como contacto estrecho en un centro sociosanitario:

- ▶ Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso: profesionales del centro que no hayan utilizado las medidas de protección adecuadas<sup>1</sup>, familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar.
- ▶ Cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros durante más de 15 minutos de tiempo total acumulado en 24 horas sin uso continuado y correcto de protección adecuada.
- ▶ Cualquier residente que haya recibido cuidados de una persona infectada, profesional o familiar, que no haya utilizado las medidas de protección adecuadas.

---

<sup>1</sup> En el ámbito residencial, de cara a la clasificación como contacto estrecho en el estudio del brote, se consideran medidas de protección adecuadas el uso de medidas de aislamiento de gotas y contacto (guantes, mascarilla quirúrgica, bata y protección ocular, que no precisa ser integral) para maniobras que requieran gran proximidad con la persona, como el aseo o la ayuda para comer, y mascarilla quirúrgica para otras actividades de menor proximidad, como acompañamiento.



En cualquier caso, se realizará una PCR a toda persona residente o trabajadora que haya sido atendida, o haya atendido a una persona infectada, aunque se haya utilizado la debida protección.

Cuando en un centro residencial aparezcan casos que no estén claramente vinculados epidemiológicamente, se valorará realizar un cribado a todo el personal y/o residentes del mismo.

El personal sanitario del centro, en coordinación con la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, realizará las actividades de identificación de contactos estrechos entre las personas residentes, e indicación de medidas: a) toma inmediata de muestra para PCR que, si es negativa, se repetirá a los 8 días del último contacto, y b) cuarentena hasta transcurridos 14 días desde el último contacto. En personas usuarias completamente vacunadas, la cuarentena será de 10 días.

El periodo de exposición a considerar será desde 2 días antes del inicio de síntomas del caso hasta el momento en el que es aislado. En los casos asintomáticos confirmados por PCR, los contactos se buscarán desde 2 días antes de la toma de muestra.

En los casos en los que el residente haya salido de la residencia al domicilio de familiares en los últimos 7 días, se realizará un cribado entre los familiares con los que haya compartido espacios cerrados sin mascarilla.

Si los contactos tuvieran síntomas al tomar la muestra, y la PCR fuera negativa, se repetirá 48h después. En el caso de que el contacto desarrollara síntomas durante la cuarentena, se indicará PCR a las 24h del inicio de los mismos.

Un contacto estrecho que haya pasado una infección confirmada por PDIA de SARS-CoV-2 en los 180 días anteriores, está exento de hacer cuarentena, sí se les realizarán las PDIA correspondientes.

La valoración de los contactos estrechos entre las personas trabajadoras del centro será responsabilidad del Servicio de Prevención, que indicará la cuarentena, solicitará la PCR y realizará el seguimiento por si desarrollan síntomas. Esta valoración se realizará de manera coordinada con la Unidad de Vigilancia Epidemiológica.

Las personas trabajadoras de centros sociosanitarios que han recibido una pauta de vacunación completa<sup>2</sup> y sean consideradas como contacto estrecho, estarán exentas de la cuarentena, pero se les retirará durante 10 días de la atención a personas vulnerables.

El Servicio de Prevención se asegurará, asimismo, de que el centro dispone del material de protección necesario para el personal y de la formación del mismo en relación con su uso.

### **7. Prevención de secuelas del aislamiento en las personas que viven en centros residenciales**

La soledad y el aislamiento social de las personas mayores constituye un factor de riesgo que conduce a la depresión, el deterioro cognitivo, la morbilidad y la mortalidad. El riesgo es especialmente acusado en personas que sufren discapacidad psíquica, por su incapacidad para comprender la situación y su mayor necesidad de movilidad y contacto interpersonal. Por otra parte, las secuelas funcionales de la inmovilidad son especialmente devastadoras en las personas mayores.

Por tanto, la indicación de aislamiento no es inocua, y puede tener graves consecuencias para las personas. Su duración debe ajustarse a lo indicado en este protocolo, establecido a la luz del mejor conocimiento disponible en cada momento sobre los tiempos de incubación y contagiosidad del SARS-CoV-2, y no prolongarse más allá de lo estrictamente necesario. Asimismo, la indicación debe ser individualizada, y siempre ajustada a los criterios establecidos en el punto 8 de este documento.

Durante el aislamiento se debe mantener la movilidad de las personas residentes y promover la socialización en la medida de lo posible, garantizando que se cumplen las adecuadas medidas de prevención y control de infección, y siempre de manera supervisada.

---

<sup>2</sup> Para considerar una persona como completamente vacunada se requiere que haya recibido 2 dosis de vacuna separadas entre sí un mínimo de 19 días si la primera dosis fue de vacuna Comirnaty (de Pfizer/BioNTech), de 21 días tratándose de Vaxzevria (Oxford /AstraZeneca) o de 25 días tratándose de Moderna, y que haya transcurrido un periodo mínimo desde la última dosis de 7 días si la última dosis fue con Comirnaty, o de 14 días si fue con Vaxzevria o Moderna. También se consideran completamente vacunadas aquellas personas que hayan recibido una dosis de vacuna de Janssen hace más de 14 días y aquellas de 65 y menos años que habiendo pasado la enfermedad (casos confirmados con infección activa o casos resueltos) han recibido una dosis de cualquiera de las vacunas, pasado el periodo mínimo igual al establecido para las segundas dosis. En la pauta heteróloga en la que se utiliza AZ en primera dosis y vacunas de mRNA en segunda, se considerará completamente vacunado tras 7 días si segunda dosis fue con Comirnaty, o de 14 días si fue con vacuna de Moderna.

Aunque se establecen pautas para tipologías en relación con la COVID-19, la atención a la individualidad de cada una de las personas afectadas se mantiene como eje de actuación, valorando los impactos diferenciales que dichas pautas puedan tener en cada una de las personas, y concretando la fecha de finalización del aislamiento, así como las acciones a desarrollar durante y después del aislamiento para identificar y paliar dichos impactos. Toda esta información debe quedar registrada en el documento soporte del plan de cuidados.

### **8. Sectorización por cohortes, tipologías de paciente y duración de cuarentenas y aislamientos.**

La Orden Ministerial SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, indicó una clasificación para las personas de los centros sociosanitarios, ante la aparición de casos en los mismos:

#### **A. Personas usuarias sin síntomas y sin contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19.**

En la cohorte A se ubica a tres tipos de residentes:

- ▶ Residentes asintomáticos que no han tenido contacto estrecho conocido con personas residentes o trabajadoras no protegidas que sean casos confirmados.
- ▶ Han recibido alta epidemiológica tras haber sido COVID-19 confirmado.
- ▶ Han terminado el período de cuarentena tras haber sido contacto estrecho.

En esta cohorte se adoptarán medidas de prevención básicas fuera de la habitación (zonas comunes) para proteger a otras personas residentes y al personal: mascarilla en la medida que la persona residente lo tolere, distancia de seguridad, higiene de manos y respiratoria. El RD 13/2021 elimina la obligatoriedad de llevar mascarilla por parte de las personas usuarias en la cohorte A en residencias en las que la cobertura vacunal sea superior al 80% (calculada con usuarios y trabajadores).

#### **B. Personas usuarias sin síntomas, en cuarentena preventiva por contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19.**

La estancia máxima en esta cohorte, en ausencia de síntomas, será de 14 días (10 días en el caso de personas completamente vacunadas), siempre y cuando no se considere que durante la cuarentena se ha producido otro contacto de riesgo.

La movilidad en la cohorte B se realizará en los espacios definidos para tal fin dentro del sector adscrito a la cohorte B. La movilidad será supervisada y estableciendo turnos para asegurar que las personas residentes no coinciden en el mismo lugar. La persona residente usará mascarilla quirúrgica cuando esté fuera de la habitación, así como dentro de la habitación en presencia del personal del centro.

Se extremarán la ventilación y las medidas de higiene de manos, así como la limpieza, y desinfección en estos espacios después de que una persona residente haya transitado por ellos.

### **C. Personas usuarias con síntomas compatibles con el COVID-19.**

El protocolo de vigilancia de COVID-19 en la CAPV establece que las personas con síntomas compatibles con la COVID-19 serán sometidas a una prueba PDIA en las primeras 24 horas. Por tanto, la estancia en la cohorte C, en general, será de corta duración.

### **D. Casos confirmados de COVID-19.**

La estancia máxima en esta cohorte para los casos que no requieran ingreso hospitalario no superará, en ningún caso, lo establecido para el aislamiento en el apartado de manejo de casos, es decir, tres días desde la finalización de los síntomas, con un mínimo de 14 desde el inicio de síntomas. En los casos asintomáticos el aislamiento tendrá una duración de 10 días desde la realización de la prueba diagnóstica.

El seguimiento y el alta serán supervisados por el personal médico del centro o el de Atención Primaria asignado al mismo. Si no puede garantizarse el aislamiento efectivo de los casos leves se indicará el aislamiento en los centros establecidos para tal fin.

Las personas residentes en esta cohorte pueden compartir zonas comunes, llevando mascarilla en la medida que la toleren (para reforzar la protección del personal), y siempre sin salir del sector D.

### **Personas que regresan a la residencia tras ingreso hospitalario.**

Para las personas que fueron ingresadas por COVID-19 o lo contrajeron en el curso de un ingreso hospitalario por otra causa, seguir lo indicado en el apartado 5 de manejo de casos.

En las personas ingresadas por causa diferente de COVID-19 se realizará, además de la PCR al ingreso, otra PCR antes del alta hospitalaria. Si es negativa implicará la reincorporación a la vida normalizada. En personas residentes no vacunadas se extremará la vigilancia de síntomas y el cumplimiento de las medidas de distanciamiento, uso de mascarilla, ventilación e higiene de manos durante 14 días.

### **Personas que han acudido a un centro sanitario para consulta, realización de una prueba diagnóstica, intervención terapéutica ambulatoria, o servicio de urgencias, por causas distintas a COVID-19.**

No se considera necesario el aislamiento. Se incluye aquí la permanencia en boxes durante la estancia en un servicio de urgencias. En personas no vacunadas se extremará la vigilancia de síntomas y el cumplimiento de las medidas de distanciamiento, uso de mascarilla, higiene de manos y ventilación, durante 14 días.

### **Personas que ingresan a vivir en un centro sociosanitario.**

Siempre que sea posible, las personas que pasen a residir en un centro sociosanitario se vacunarán (pauta completa) antes de entrar en la residencia. Cuando no sea así, por ser un ingreso urgente, se vacunarán a la mayor brevedad posible. Finalizada la campaña de vacunación COVID-19 en las residencias, las OSI han establecido un procedimiento para que las personas no vacunadas que vayan a ingresar en una residencia reciban la vacuna a la mayor brevedad.

Las personas a la espera de ingresar en un centro residencial se harán una PCR previamente al ingreso, gestionada desde su centro de Atención Primaria.

Si el resultado es positivo se considerará caso confirmado y aplicará lo recogido para estos casos. Si la PCR es negativa se integrará en la vida normalizada. En personas no vacunadas se extremará la vigilancia de síntomas y el cumplimiento de las medidas de distanciamiento, uso de mascarilla, higiene de manos y ventilación, durante 14 días.

## Protocolo para la vigilancia y control de covid-19 en centros sociosanitarios

---

No será necesaria la realización de la PCR si ha sido caso confirmado en los últimos 90 días, o en el caso de una infección reciente, si han transcurrido 14 días desde el inicio de los síntomas, con tres días sin síntomas.

### 9. Medidas generales para el aislamiento

La organización de las cohortes en las residencias debe planificarse en función de las posibilidades que la estructura del centro permita, buscando siempre el máximo bienestar y seguridad de las personas, sin olvidar que las circunstancias de salud física y mental de cada una de ellas debe ser tomada en cuenta y pueden condicionar las decisiones a tomar. Es imprescindible evitar, en la medida de lo posible, el cruce de profesionales entre las zonas destinadas a personas en condiciones distintas.

De acuerdo a lo establecido en la Orden ministerial del 19 de marzo (BOE de 21/3/2020), en el caso de indicación de aislamiento en personas deambulantes o errantes con trastorno neurocognitivo, el centro deberá atender especialmente que se les permita deambular sin que les resulte posible salir de esa zona de aislamiento, evitando la utilización de sujeción mecánica o química.

Además, en cada sector (cohorte) se habilitará una zona para la movilidad / deambulación de las personas residentes de esa cohorte.

Cuando la estructura arquitectónica del centro no permita establecer físicamente estos espacios en cada sector, la movilidad de las personas residentes se realizará por turnos siempre que la disponibilidad de personal permita hacerlo de manera supervisada, y extremando las medidas de higiene, limpieza, ventilación y desinfección entre cada turno de persona o grupo de personas que usen estos espacios.

En la zona asignada a la **cohorte A** se permitirá el uso compartido de zonas comunes a varios residentes simultáneamente, con ventilación, distancia de seguridad, mascarilla e higiene de manos.

Las personas de la **cohorte B** están en cuarentena, y por tanto no deben compartir espacio con otras personas de ninguna cohorte. Si hay personal suficiente, las personas residentes podrán acceder a áreas comunes dentro del sector de manera individual y supervisada. En caso contrario, permanecerán en su habitación y se facilitarán actividades de movilización, así como socialización telemática, en la propia habitación.

En la zona asignada a la **cohorte D** se permitirá el uso compartido de zonas comunes a varios residentes simultáneamente. Para reforzar la protección del personal, la movilidad de los residentes de esta cohorte en las zonas comunes de esta zona se hará con higiene de manos y con mascarilla si la persona puede tolerarla. Se hará ventilación limpieza y desinfección de la sala y el trayecto hacia las habitaciones cada vez que un residente que accede a esta zona regrese a su habitación.

El aislamiento debe abordarse como una situación en la que la necesidad de contacto humano se intensifica, por lo que corresponde un incremento en los contactos entre el personal de la residencia y la persona aislada. El documento en el que se registra el plan de cuidados debe recoger la prescripción de frecuencia diaria de entradas en la habitación de las personas aisladas, con el fin de hacer una valoración continuada de las necesidades de la persona y aliviar en lo posible la sensación de soledad.

### 10. Pautas para las visitas y salidas

El contacto con la familia o las personas más próximas es un derecho y una necesidad de las personas residentes en un centro de mayores u otro tipo de centro sociosanitario. Constituye además una medida de prevención del sufrimiento y deterioro psicológico que amenaza a las personas mayores y/o con diversidad funcional y a sus personas allegadas, como consecuencia de las medidas tomadas para prevenir la transmisión del virus.

Las personas que viven en residencias podrán recibir visitas y realizar salidas de acuerdo al calendario y regulación que establezcan las Diputaciones Forales siguiendo las indicaciones del Departamento de Salud.

Las visitas y las salidas deben organizarse de forma que se maximice su beneficio en la salud física y emocional de las personas residentes, al mismo tiempo que se aplican las pautas de prevención en relación con la COVID-19.

El contacto físico es una necesidad humana que adquiere especial relevancia en la edad avanzada como medio para la comunicación de afecto, siendo para algunas personas la única



manera de percibir el cariño de sus allegados. Por tanto, las pautas de prevención de contagio se plantean aceptando la posibilidad de contacto físico.

En caso de brote en un centro sociosanitario no se podrán hacer nuevos ingresos y se revisarán las medidas establecidas para las visitas por el servicio de inspección foral correspondiente, restringiéndolas temporalmente hasta comprobar que todas las medidas de Prevención y Control de Infección están correctamente implementadas.

### **a. Recomendaciones para las visitas en centros residenciales.**

En la planificación de las visitas deben establecerse las medidas necesarias para evitar la acumulación de personas, repartiendo los encuentros en un horario amplio.

Se priorizará la salida a patios o jardines, si el centro dispone de ellos. Cuando los encuentros sean en espacios cerrados, estarán bien ventilados.

Previamente a la visita se informará de las normas de higiene a respetar, y de los circuitos establecidos tanto en el interior como en el exterior del centro. El día de la visita una persona responsable del centro reforzará en la importancia de las normas de higiene y preguntará a la persona visitante si presenta síntomas relacionados con COVID-19 o si ha tenido contacto con personas contagiadas.

En la entrada de la residencia se ubicará un dispensador de gel hidroalcohólico y una infografía con el método adecuado para desinfectar las manos.

Tanto la persona visitante como la persona residente utilizarán mascarilla en todo momento. Aunque la pauta de distancia física de 2 metros es aplicable como norma general, se acepta el contacto físico, siempre con mascarilla e higiene de manos.

La dificultad de una persona mayor para tolerar el uso continuado de mascarilla no debe constituir un impedimento para recibir visitas. Se deben hacer todos los esfuerzos necesarios para que la persona pueda disfrutar con su familia o personas más allegadas, planificando las actividades de manera que la distancia física se mantenga de la mejor manera posible, preferiblemente al aire libre.

### **b. Recomendaciones para visitas en situaciones excepcionales**

En determinadas situaciones el contacto con la persona residente se tiene que hacer en el marco más restringido de la propia habitación de el/la residente. Entre otras estarían las siguientes:

- ▶ Situaciones de cuidados al final de la vida, donde se deberá proporcionar a las familias la posibilidad de contacto con la persona residente. Hay que destacar que el final de la vida no es solo el momento de la agonía, cuando la persona ya está muy desconectada y la comunicación es difícil, sino la situación terminal, de manera que sea posible la expresión de los afectos y la resolución de asuntos pendientes, acciones tan necesarias para un buen morir.
- ▶ Situaciones cognitivas que imposibiliten la comprensión de la situación y/o el uso de medios alternativos de contacto con personas allegadas.

En estos casos el personal sanitario del centro establecerá para cada caso concreto el procedimiento a seguir para minimizar el riesgo de infección.

### **c. Recomendaciones para las salidas**

#### **RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES**

Las salidas se planificarán con antelación. El día de la salida una persona responsable del centro recordará a los familiares las normas de higiene y el uso de las protecciones establecidas, y preguntará por la presencia de síntomas relacionados con COVID-19 o el contacto con personas contagiadas.

Un o una familiar asumirá la responsabilidad principal durante la salida para velar por la aplicación de las pautas de prevención. Esta persona referente recibirá de una persona responsable del centro instrucciones orales y escritas sobre cómo proceder en relación con lo siguiente:

- ▶ Durante la salida permanecerán el mayor tiempo posible en espacios abiertos. Se evitarán los lugares públicos cerrados y la proximidad con personas ajenas a su círculo cercano.

- ▶ La persona cuidadora principal o persona referente llevará consigo un frasco de gel hidroalcohólico para aplicarla con frecuencia en sus manos y las de la persona mayor siempre que no sea posible el lavado con agua y jabón.
- ▶ Si la persona mayor va a acudir a un domicilio, se desinfectarán previamente, y con frecuencia durante la estancia, todas las superficies, grifos, interruptores, manillas, etc. Las toallas, servilletas, etc, serán de uso exclusivo. Si es posible tendrá un baño de uso exclusivo.
- ▶ Tanto las personas allegadas como la persona residente utilizarán mascarilla en todo momento. Aunque la pauta de distancia física de 2 metros es aplicable como norma general, se acepta el contacto físico, siempre con mascarilla e higiene de manos. En caso de ser necesaria una aproximación más estrecha por necesitar ayuda, esta se prestará prioritariamente por la persona referente, que deberá extremar las medidas de higiene de manos y respiratoria.
- ▶ En los casos en los que la salida de la residencia vaya a ser de varios días, la persona referente hará la vigilancia de síntomas y contactará con el Centro de Salud a la mínima sospecha.

La dificultad de una persona mayor para tolerar el uso continuado de mascarilla no debe constituir un impedimento para salir de la residencia. Se deben hacer todos los esfuerzos necesarios para que la persona pueda disfrutar con su familia o personas allegadas, planificando las actividades de manera que la distancia física se mantenga de la mejor manera posible, en actividades preferiblemente al aire libre y evitando el contacto con terceras personas.

Aunque la salida haya sido con pernocta, a la vuelta a la residencia no será necesaria la realización de PCR en personas vacunadas.

### **SALIDAS EN OTROS CENTROS SOCIOSANITARIOS**

En otros centros sociosanitarios que no sean de personas mayores no será necesaria la PCR a la vuelta al centro.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Protocolos de vigilancia epidemiológica. Coronavirus SARS-CoV2. 24 de junio de 2021.
2. Ministerio de Sanidad. *Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de COVID-19. Indicadores de seguimiento*. 23 de junio de 2021.
3. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España. 26 de febrero de 2021.
4. Centro de coordinación de alertas y emergencias. Ministerio de Sanidad. Información científica técnica. Enfermedad por coronavirus COVID-19. 15 de febrero de 2020.
5. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad. *Interpretación de las pruebas diagnósticas frente a SARS-CoV-2*. 24 de abril de 2020. Versión 2.
6. Ministerio de Sanidad. *Guía de prevención y control frente a COVID-19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial*. 24 de marzo de 2020.
7. European Center for disease prevention and control. *Rapid risk assessment. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK*. Ninth update. 23 april 2020
8. European Center for disease prevention and control. *Guidance for discharge and ending isolation in the context of widespread community transmission of COVID-19*. First update, 8 april 2020.
9. Ministerio de Sanidad. Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE 21 de marzo 2020.
10. Recomendaciones de SEIMC sobre el uso de las pruebas de detección de anticuerpos. Consultado en: [https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/recomendaciones/seimc-rc-2020Recomendaciones\\_uso\\_de\\_las\\_pruebas\\_de\\_deteccion\\_de\\_anticuerpos.pdf](https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/recomendaciones/seimc-rc-2020Recomendaciones_uso_de_las_pruebas_de_deteccion_de_anticuerpos.pdf)
11. Gandhi RT, Lynch JB, Del Rio C. Mild or Moderate Covid-19. N Engl J Med. 2020; 10.1056/NEJMcp2009249.
12. Hao-Yuan Cheng, MD, MSc; Shu-Wan Jian, DVM, MPH; Ding-Ping Liu, PhD; Ta-Chou Ng, BSc; Wan-Ting Huang, MD; Hsien-Ho Lin, MD, ScD; for the Taiwan COVID-19 Outbreak Investigation Team. Contact tracing assessment of COVID-19 transmission dynamics in Taiwan and risk at different exposure periods before and after symptom onset. JAMA Intern Med. doi:10.1001/jamainternmed.2020. 2020 Published online May 1, 2020.
13. Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARSCoV-2 02.04.2020
14. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of COVID-19 in long-term care facilities in the EU/EEA, 19 May 2020. Stockholm: ECDC; 2020 <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-long-term-care-facilitiessurveillance-guidance.pdf>
15. European Centre for Disease Prevention and Control. *Rapid risk assessment: Increased transmission of COVID-19 in the EU/EEA and the UK – twelfth update*, 24 Sep 2020. Stockholm; 2020.

16. European Centre for Disease Prevention and Control. *Infection prevention and preparedness for COVID-19 in healthcare settings*, 6 October 2020. Stockholm; 2020.
17. World Health Organization. *Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19*. 8 January 2021. WHO/2019-nCoV/IPC\_long\_term\_care/2021.1
18. Centers for Disease Control and Prevention. *COVID-19. Post Vaccine Consideration for Residents*. Dec. 13.2020.
19. Levine-Tiefenbrun M, Yelin I, Katz R, Herzl E, et al. Decreased SARS-CoV-2 viral load following vaccination. MedRxiv 2021.02.06.21251283; doi: <https://doi.org/10.1101/2021.02.06.21251283>