



GUÍA DE MEDIDAS FRENTE A LA INFECCIÓN POR CORONAVIRUS EN CENTROS RESIDENCIALES SOCIOSANITARIOS DE MAYORES DE LA COMUNIDAD DE MADRID DE LAS CONSEJERÍAS DE SANIDAD Y POLÍTICAS SOCIALES, FAMILIAS, IGUALDAD Y NATALIDAD

Actualización 22 Febrero 2021

Con el objeto de unificar las diferentes recomendaciones se emite la siguiente Guía que será abierta y dinámica. Constituirá un documento único para establecer medidas específicas en Centros residenciales sociosanitarios de la Comunidad de Madrid, estas medidas son susceptibles de revisión continua y serán modificadas si la situación epidemiológica así lo requiriese. El presente documento deja sin efecto ni vigor a todos los previos referentes a las materias analizadas y contenidas en esta Guía.

Contenido

DOCUMENTO OPERATIVO: ¿QUÉ APORTA DE NUEVO ESTA GUÍA?	4
1. Admisiones a residencias de mayores	4
2. Pruebas de cribado	5
3. Control de infecciones	5
4. Salidas del centro y visitas familiares	5
5. Diagnóstico de COVID-19 en residencias de mayores	6
1. LINEAS GENERALES	7
1.1.- INTRODUCCIÓN A LA PANDEMIA POR COVID19 EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS DE MAYORES	7
1.2.- DEFINICIÓN DE LOS CASOS	8
2. DETECCIÓN PRECOZ. DIAGNÓSTICO, VIGILANCIA Y CONTROL DE CASOS COVID-19.	10
2.1.- DETECCIÓN PRECOZ	10
2.2.- DIAGNÓSTICO PRECOZ	11
2.2.1.- APLICACIÓN DE LOS TEST DE ANTÍGENOS EN LOS CENTROS RESIDENCIALES SOCIO-SANITARIOS	11
2.3.- ORGANIZACIÓN, ZONIFICACIÓN DE LOS CENTROS Y CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES	17
3. RESPUESTAS ANTE UN BROTE EN LOS CENTROS; MANEJO DE CASOS SOSPECHOSOS, CASOS CONFIRMADOS, AISLAMIENTO Y CUARENTENA.	19
3.1.- CASOS SOSPECHOSOS EN RESIDENTES	19
3.2.- CASOS SOSPECHOSOS EN PROFESIONALES	19
3.3 CASOS CONFIRMADOS. MANEJO ANTE LA APARICION DE UN BROTE EN UN CENTRO	20
3.3.1 CASOS CONFIRMADOS EN RESIDENTES	20
3.3.2 CASOS CONFIRMADOS EN TRABAJADORES	20
3.4 .-ESTRATEGIA DE AISLAMIENTO O CUARENTENA	21
3.4.1 Definición de contactos estrechos	22
3.4.2 Estudio de contactos en residentes	22
3.4.3 Estudio de contactos en trabajadores	22
3.4.4 Estrategia de cuarentena o aislamiento	23
3.4.5 Conclusión del aislamiento	23
4. NUEVOS INGRESOS, VISITAS, SALIDAS Y ENTRADAS DE RESIDENTES, FAMILIARES Y TRABAJADORES EN LOS CENTROS SOCIO-SANITARIOS DE MAYORES	24
4.1.- Medidas a adoptar	25



5	LAS SALIDAS DEL CENTRO	28
6	VENTILACIÓN Y CLIMATIZACIÓN	29
	6.1.- Acciones recomendadas	29
	6.2.- Ventilación natural	29
	6.3 .-Métodos para medir la ventilación	30
	6.4.- Filtros HEPA	30
	6.5 Temperatura	30
7. ANEXOS		31
	<i>ANEXO 1. DATOS DE CONTACTO DE LOS SERVICIOS DEL ÁREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA</i>	<i>31</i>
	<i>ANEXO 2. HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE LA REALIZACIÓN DE CUARENTENA</i>	<i>33</i>
	<i>ANEXO 3. CENSO DE CONTACTOS PARA EL SEGUIMIENTO EN RESIDENCIAS</i>	<i>35</i>
	<i>ANEXO 4. MANEJO DE CASOS ASINTOMÁTICOS A PARTIR DE PRUEBAS SEROLÓGICAS</i>	<i>37</i>
	<i>ANEXO 5 MARCO JURÍDICO ESPECÍFICO</i>	<i>38</i>

DOCUMENTO OPERATIVO: ¿QUÉ APORTA DE NUEVO ESTA GUÍA?

El presente documento incide sobre todo en las medidas de seguridad a adoptar y aplicar en las salidas, ingresos y visitas en aquellos centros que ya han completado el proceso de vacunación **(aquellos en los que ya han pasado al menos 14 días tras la administración de la segunda dosis)**. Aquellos centros que todavía no hayan completado el proceso de vacunación deberán continuar con las medidas explicadas en la guía del 11 de enero. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/guia_11_01_21_0.pdf

Al igual que en el documento anterior se insta a los centros, como medida de actualización continuada, transparencia y facilidad en la consulta para la resolución de dudas planteadas por los ciudadanos en los propios centros que remitan este documento a los familiares. Además, en los próximos días recibirán un Código QR que deberá estar visible en el área que dispongan los centros para las visitas y que permita la consulta instantánea tanto por residentes, familiares, así como personal que trabaje en los Centros o que realice apoyo asistencial (UARs, Geriátría y Enfermería de Enlace, cuidados paliativos...).

Para ser operativo, y si bien posteriormente se abordan todos los temas más en profundidad, en el presente documento operativo se recogen los cambios más sustanciales que aporta la presente actualización:

1. Admisiones a residencias de mayores

- Todos los ingresos en residencias de mayores (tanto nuevos ingresos en los centros como altas hospitalarias) deben aportar información sobre el estado de vacunación del paciente (si ha sido vacunado o no) y sobre su potencial estado infeccioso actual: bien una PCR realizada las 72 horas previas al alta hospitalaria o un test antigénico el día del alta (si el centro de destino no dispone de test antigénicos) o bien un test antigénico realizado a su llegada al propio centro (aquellos centros que dispongan de ello).
- Los residentes que al alta (hospitalaria) aporten una PCR + (salvo los que tengan IgG + de los seis meses previos y estén asintomáticos, que estarán exentos) deberán seguir el protocolo descrito en el apartado 4 del presente documento.
- Aquellos centros que no dispongan de una adecuada sectorización no deben recibir a residentes con PCR +. En estos casos es conveniente remitir al residente al centro de aislamiento COVID creado por la Comunidad de Madrid.

2. Pruebas de cribado

- La COVID-19 a menudo es asintomática y, como tal, es esencial realizar pruebas periódicas al personal de la residencia. Dado que la vacunación no ha demostrado que las personas no puedan infectarse, sino que, si se infectan, el riesgo de enfermedad grave, hospitalización o muerte es mucho menor, el proceso de cribado debe mantenerse.
- El cribado a los trabajadores debe continuar si bien, dado que el riesgo es significativamente menor, es suficiente con realizarlo una vez cada quince días en aquellos centros en que los residentes estén vacunados en un porcentaje mayor del 80% y semanalmente si es inferior.
- El test no es obligatorio realizarlo, pero es recomendable que el personal que rechace las pruebas regulares no participe en la atención directa de los residentes.
- En el momento actual y para simplificar la sistemática de trabajo se recomienda que se realice este cribado a todos los trabajadores, hayan pasado o no la enfermedad y estén o no vacunados.

Las medidas se especifican en el apartado 2 del presente documento.

3. Control de infecciones

- Si bien las vacunas de ARNm COVID-19 han demostrado una alta eficacia en la prevención de COVID-19 grave y sintomático, la información es limitada sobre cuánto pueden reducir las vacunas la transmisión y cuánto tiempo dura la protección. Además, se desconoce la eficacia de las vacunas contra las variantes emergentes del SARS-CoV-2.
- Con la evidencia actual, las personas vacunadas deben continuar con las pautas actuales para protegerse a sí mismos y a los demás, incluido el uso de una mascarilla, manteniendo la distancia de seguridad (al menos 1.5 metros), evitando las multitudes y los espacios mal ventilados, cubriendo la tos y los estornudos y lavándose las manos con frecuencia.
- Todos los visitantes del centro, incluidos los profesionales de la salud que acudan por cualquier motivo al centro, deben seguir las recomendaciones de equipos de protección individual (EPIs) que estén operativas en el centro.
- Recomendamos que todos los centros dispongan de un miembro del personal asignado para garantizar que los visitantes utilicen en todo momento el equipo adecuado y se respeten las medidas básicas de distancia.

Las medidas se especifican en el apartado 2 del presente documento.

4. Salidas del centro y visitas familiares

- Se permiten las salidas del centro a los **residentes vacunados** sin limitaciones, siempre que el residente salga cumpliendo con las medidas habituales de

protección (lavado de manos y mascarilla quirúrgica), incluidas las salidas de fin de semana o vacaciones, si bien en estas últimas será necesario aportar una prueba diagnóstica de infección activa realizada previamente.

- Las salidas de los **residentes no vacunados** serán de corta duración (inferior a 1 hora y no más de 3 salidas a la semana) y en los alrededores del centro.
- Los residentes con deterioro cognitivo moderado-severo requieren interacción directa y contacto físico para establecer una comunicación significativa y esto debe ser priorizado. En estas situaciones deben facilitarse a los familiares las medidas que permitan, sin limitación temporal, no respetar la distancia de seguridad utilizando guantes para el contacto además de una adecuada higiene de manos y uso de mascarilla en todo momento.
- El número de visitantes continúa siendo de una persona por residente excepto en los casos que se precise algún tipo de ayuda.
- Las salidas y visitas no son excluyentes (no son o la una o la otra).
- Los residentes podrán recibir **3 visitas a la semana de 1 hora** de duración.
- Para facilitar las visitas se debe proponer a los residentes que puedan salir del centro, que éstas se realicen fuera del centro para favorecer que los residentes que no puedan abandonar este pueden cumplir con sus visitas.
- Hay que recordar que las visitas de familiares, amigos, cuidadores y otras personas son un elemento clave para el bienestar emocional de los residentes. Las residencias deben garantizar que las visitas se realicen en horarios compatibles con los horarios de los familiares y, por tanto, las visitas familiares en fines de semana deben autorizarse si así es necesario.
- Si se declara un brote en el centro, las visitas y los ingresos quedarán suspendidos salvo que el centro garantice una identificación de casos y contactos y una adecuada sectorización. Esto debe realizarse siempre previa comunicación a la Dirección General de Atención al Mayor y posterior aprobación por la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria.
- En el caso de que se declare un brote en un centro, estos casos deberán garantizar un mínimo de dos comunicaciones semanales por videoconferencia o teléfono de los residentes aislados con sus familiares.

5. Diagnóstico de COVID-19 en residencias de mayores

- **Los residentes con sospecha de COVID-19**, se hayan vacunado o no y hayan pasado o no la enfermedad, deben hacerse la prueba de inmediato y aislarse de otros residentes a la espera del resultado de su prueba (zona amarilla). Los centros que dispongan de test antigénicos deben seguir el algoritmo 1 (página 14) para el estudio de casos. Los centros que no dispongan de ellos deben contactar con su referente de Atención Primaria entre semana y el SUMMA en fin de semana para su realización.

- Si el personal de la residencia tiene una alta sospecha de COVID-19, pero una prueba da negativo, deben comentar el caso con el referente de salud pública del área antes de que el residente salga del aislamiento.

- Aunque el riesgo de transmisión del SARS-CoV-2 de personas vacunadas a otras es aún incierto, la vacunación ha demostrado prevenir la COVID-19 sintomática; se cree que la transmisión sintomática y presintomática tiene un mayor papel en la transmisión que la transmisión puramente asintomática.

En el caso de los pacientes institucionalizados, los beneficios individuales y sociales de evitar la cuarentena innecesaria podrían superar el riesgo potencial, pero desconocido, de transmisión. Desgraciadamente con la evidencia actual, las personas vacunadas que hayan estado expuestas a alguien con COVID-19 sospechoso o confirmado continúan siendo obligadas a ponerse en cuarentena.

Las medidas se especifican en el apartado 3 del presente documento.

1. LINEAS GENERALES

1.1 INTRODUCCIÓN A LA PANDEMIA POR COVID19 EN CENTROS SOCIOSANITARIOS DE MAYORES

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó sobre un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, con una exposición común a un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos en la ciudad de Wuhan, incluyendo siete casos graves. El inicio de los síntomas del primer caso fue el 8 de diciembre de 2019 y el día 11 de marzo, la OMS declaró la pandemia mundial. En este tiempo son muchas las cosas que hemos aprendido de esta enfermedad:

La vía de transmisión entre humanos se considera similar a la descrita para otros coronavirus y se produce principalmente a través de las secreciones de personas infectadas, principalmente por contacto directo con gotas respiratorias de más de 5 micras (capaces de transmitirse a distancias de hasta 2 metros) y las manos o los fómites contaminados con estas secreciones). El SARS-CoV-2 se ha detectado de manera frecuente en secreciones nasofaríngea, además de en otros fluidos corporales.

Actualmente se considera que la transmisión de la infección comienza 1-2 días antes del inicio de síntomas; desconociéndose si la intensidad de la transmisión a partir de personas asintomáticas será igual que a partir de personas con síntomas, aunque la carga viral detectada en los casos asintomáticos es similar a la de otros casos sintomáticos y se ha llegado a cultivar virus hasta 6 días antes del desarrollo de síntomas.

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. El tiempo entre el inicio de síntomas hasta la instauración de síntomas graves como la hipoxemia es de 1 semana, y de 2-8 semanas hasta que se produce el fallecimiento.

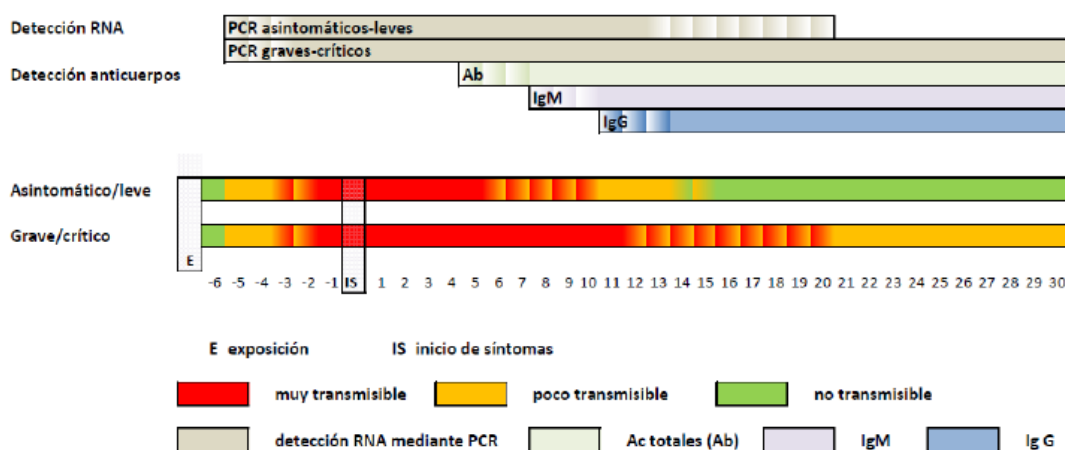


Figura 1. Periodos medios de transmisibilidad en función de la gravedad y relación con detección de RNA de SARS-CoV-2 mediante PCR y objetivación de anticuerpos por serología. Tomado de información científica-técnica del Ministerio de Sanidad, actualización 28 de agosto 2020.

Existe una clara evidencia internacional, después de la primera oleada de la Pandemia de COVID 19, de que las personas que viven en centros sociosanitarios son particularmente vulnerables a las infecciones graves por SARS-CoV-2 y que también a su vez experimentan altas tasas de enfermedad grave y mortalidad.

Como antes se comentó el estrecho contacto entre residentes y la vinculación que se produce con el personal que los atiende favorecen de forma determinante la transmisión, provocando en definitiva que los efectos de la emergencia sanitaria COVID-19 estén siendo particularmente graves los residentes de estos centros.

1.2 DEFINICIÓN DE LOS CASOS

Caso sospechoso: 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, dolor

muscular, diarrea, dolor torácico o cefalea, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico.

Caso probable: persona con infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico y radiológico compatible con COVID-19 y resultados de pruebas de diagnóstico (de ahora en adelante PDIA) negativos, o casos sospechosos con PDIA no concluyente.

Caso confirmado

Infección por SARS-CoV-2 activa:

- Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso y con PDIA positiva.

Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso, con PDIA negativa y resultado positivo a IgM por serología de alto rendimiento (no por test rápidos).

- Persona asintomática con PDIA positiva con Ig G negativa o no realizada.

Infección por SARS-CoV-2 resuelta

Persona asintomática con serología Ig G positiva independientemente del resultado de la PDIA (PDIA positiva, PDIA negativa o no realizada).

Caso descartado

Caso sospechoso con PDIA negativa e IgM también negativa (si esta prueba se ha realizado) en el que no hay una alta sospecha clínica

* Los casos sospechosos, probables y confirmados deben ser comunicados de manera urgente a los servicios de Salud Pública.

2. DETECCIÓN PRECOZ. DIAGNÓSTICO, VIGILANCIA Y CONTROL DE CASOS COVID-19.

2.1.- DETECCIÓN PRECOZ

Las vacunas hacen menos probable el riesgo de infección por SARS-CoV-2, aunque no lo impiden. Por este motivo a toda persona vacunada que cumpla criterios de caso sospechoso de COVID-19 se le debe realizar una prueba diagnóstica de infección activa por SARS-CoV-2

En el momento actual, se dispone de dos pruebas de detección de infección activa: una prueba rápida de detección de antígenos (Ag-RDT) y la detección de ARN viral mediante una RT-PCR o una técnica molecular equivalente. La realización de una u otra dependerá de la disponibilidad y de los días de evolución de los síntomas, siempre de acuerdo con las recomendaciones vigentes de la estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19 elaborada por el Consejo Interterritorial del SNS.

El control de la transmisión del virus SARS-CoV-2 requiere la adopción de medidas de aislamiento de casos y cuarentena de contactos. La rápida adopción de estas medidas es especialmente relevante en centros de personas mayores y de personas con capacidades distintas, centros sociales y otras instituciones cerradas, donde muchas de las personas que conviven presentan alta vulnerabilidad a la infección.

La detección de **un solo caso de infección activa en estas instituciones tiene la consideración de brote**. Es prioritario, por lo tanto, evitar la introducción del virus en estos centros para lo que se hace necesario seguir las actualizaciones de las recomendaciones propuestas por las autoridades sanitarias, a saber:

- Los centros sociosanitarios de tipo residencial públicos y privados deben colaborar en la **recopilación, verificación y notificación de los datos** para poder planificar e intervenir de forma adecuada. Se recomienda la adopción de sistemas de vigilancia reforzados en estos entornos.
- Los centros sociosanitarios deben disponer de un **plan de contingencia adaptado a las características de cada centro**, dirigido a la prevención y a la respuesta ante la eventual aparición de casos de COVID-19. Se dispone de un Manual para la elaboración de un Plan de contingencia en Centros de Servicios Sociales de carácter residencial para personas mayores, personas con discapacidad o personas con enfermedad mental (https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/plan_contingencia.pdf)

cuya finalidad es servir como marco de referencia para la elaboración de un Plan de contingencia de acuerdo con las recomendaciones de las guías, planes de acción y documentos técnicos en situación de la pandemia en Centros sociales residenciales de la Comunidad de Madrid. Este Plan, que se realizará por el equipo directivo del centro residencial y deberá actualizarse periódicamente, estará disponible cuando lo requiera la autoridad de salud pública a través de la Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria, a través de las Direcciones Generales correspondientes por razón de la competencia en materia de servicios sociales en colaboración con la autoridad sanitaria o a requerimiento de los servicios de inspección de centros de servicios sociales o servicios sanitarios.

- Como hemos comentado anteriormente, la detección de un caso en uno de estos centros es indicativa de brote y debe notificarse a las autoridades sanitarias para adoptar las medidas oportunas, como son el aislamiento del caso y la indicación de cuarentena de los contactos estrechos, tal y como se indica en la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control¹.

Se realizará una búsqueda activa de casos y se valorará hacer estudios de cribado en el resto de los residentes y profesionales si la situación lo requiere.

2.2 DIAGNÓSTICO PRECOZ

2.2.1 APLICACIÓN DE LOS TEST DE ANTÍGENOS EN LOS CENTROS RESIDENCIALES SOCIOSANITARIOS

Ante las diferentes pruebas rápidas de detección de antígenos existentes en el mercado, solo deben utilizarse aquéllas que cumplan los criterios de la OMS de sensibilidad (S) $\geq 80\%$ y especificidad (E) $\geq 97\%$ y que hayan seguido estudios independientes de validación por laboratorios clínicos o de referencia a nivel nacional o internacional.

Tanto para RT-PCR como para pruebas rápidas de detección de antígenos, las muestras recomendadas para el diagnóstico de infección activa de SARS-CoV-2 son del tracto respiratorio:

- Superior: exudado preferiblemente nasofaríngeo y orofaríngeo, o solo exudado nasofaríngeo.

¹ https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/estrategia_vigilancia_y_control_adaptada_cm_agosto_2020_v2.pdf

- Inferior: preferiblemente lavado broncoalveolar, broncoaspirado, esputo (si es posible) y/o aspirado endotraqueal, especialmente en pacientes con enfermedad respiratoria grave.

A día de hoy, la estrategia adoptada por la Comunidad de Madrid contempla desde la evidencia que, en áreas de alta prevalencia o para pacientes con factores de riesgo conocidos como son los usuarios de los centros sociosanitarios, los test de antígenos son una opción adecuada, considerándose los resultados positivos de una prueba de antígeno confirmatorios y pudiéndose utilizar con fines de diagnóstico. Esto se debe fundamentalmente a que es muy ventajosa la posibilidad de realización en el propio centro, con un tiempo de respuesta rápido, algo que, como se ha indicado anteriormente, es fundamental para la identificación de la infección y la rápida implementación de estrategias de prevención y control de infecciones en estos centros.

Desde la Dirección General de Atención al Mayor y la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria se suministrarán periódicamente test para realizar estudios de casos y contactos en aquellos centros que dispongan de personal de enfermería. **Es imprescindible que los resultados de estos test se registren en la plataforma creada a tal fin.**

* Los centros que no dispongan de enfermería tendrán acceso a estas pruebas, para el estudio de casos y contactos a través de Atención Primaria.

Utilidades y ventajas de las pruebas de detección de antígenos

Se pueden usar en el diagnóstico de la infección en pacientes sintomáticos, para el estudio de contactos en un brote y para la detección de asintomáticos en centros de alto riesgo.

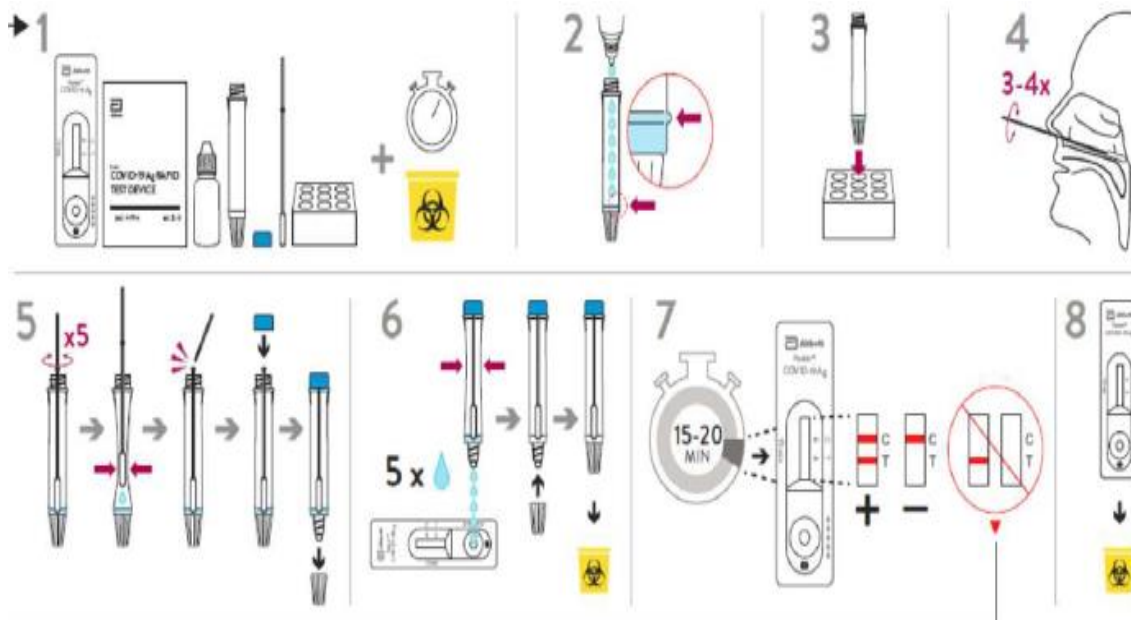
Detectan rápidamente fragmentos de proteínas que se encuentran en el virus y se obtienen a partir de muestras recogidas de la cavidad nasal mediante hisopos. Se pueden realizar en el propio centro y tienen un tiempo de respuesta rápido, que es fundamental para la identificación de la infección y la rápida implementación de estrategias de prevención y control de infecciones.

En general, estas pruebas de antígenos tienen una sensibilidad menor, pero de especificidad similar, para detectar sarS-CoV-2 en comparación con la PCR. Esto es particularmente importante para la detección de la presencia del virus en los primeros días de la enfermedad.

Realización de la técnica de extracción y valoración de la muestra

Las medidas a adoptar para recogida de las muestras con seguridad son las mismas que para la obtención de una PCR.

Se recomienda la consulta de este documento para la realización de la toma con las medidas de seguridad adecuada en la toma de muestras².



En la siguiente dirección se recogen videos explicativos sobre formación para la utilización de los kits. <https://alere.wistia.com/medias/itnrrnblp2>

Además, en caso de que algún centro precise más formación podrá contactar con su referente de Atención Primaria

Utilización de los test en diferentes escenarios

En los siguientes algoritmos se recogen las diversas posibilidades de utilización de los test antigénicos en centros residenciales:

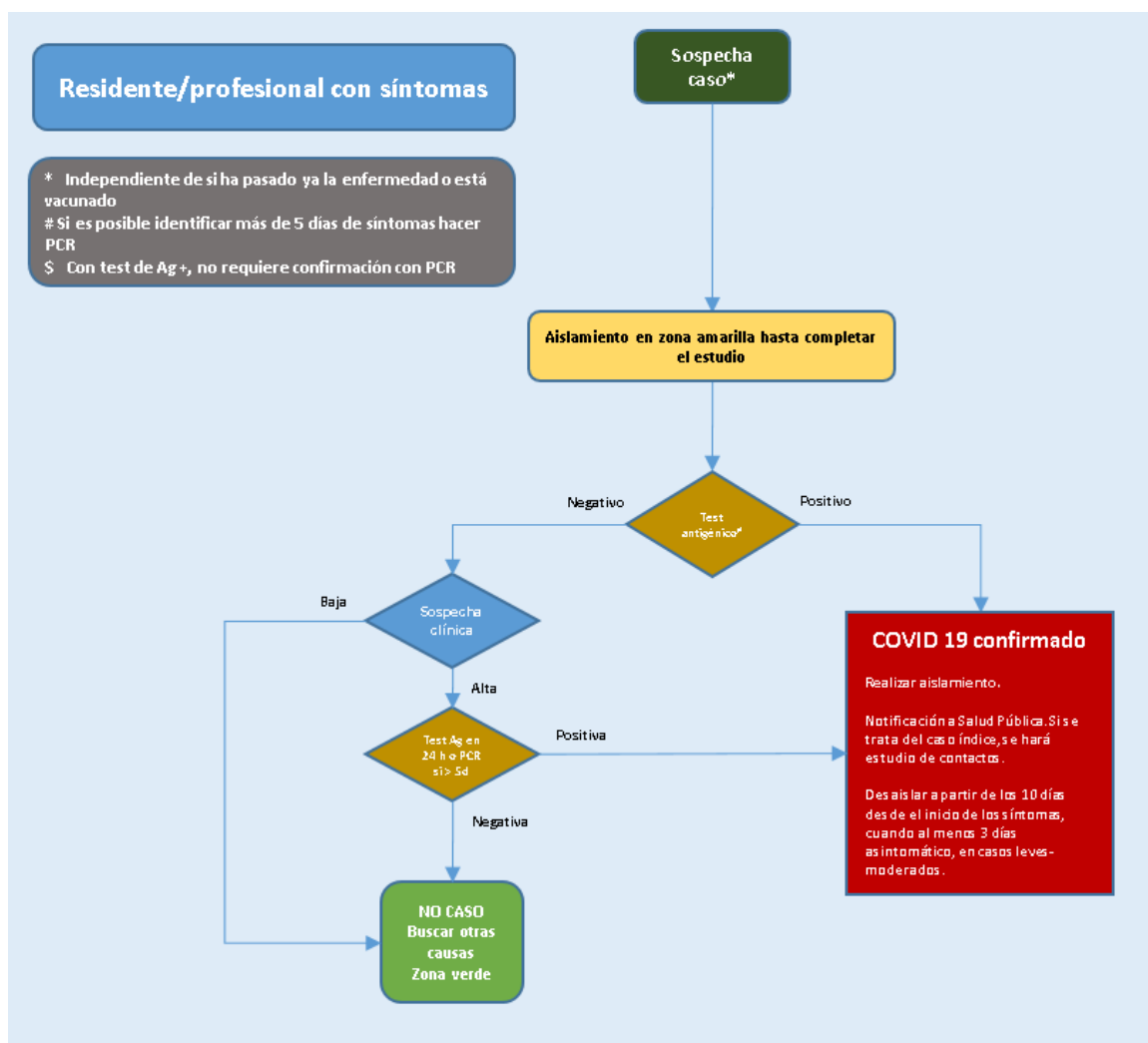
- Utilización de los test antigénicos en residentes y trabajadores con sintomatología (Algoritmo 1).
- Utilización de los test antigénicos durante un estudio de contactos (Algoritmo 2).

² https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/202005018_Toma_muestras.pdf

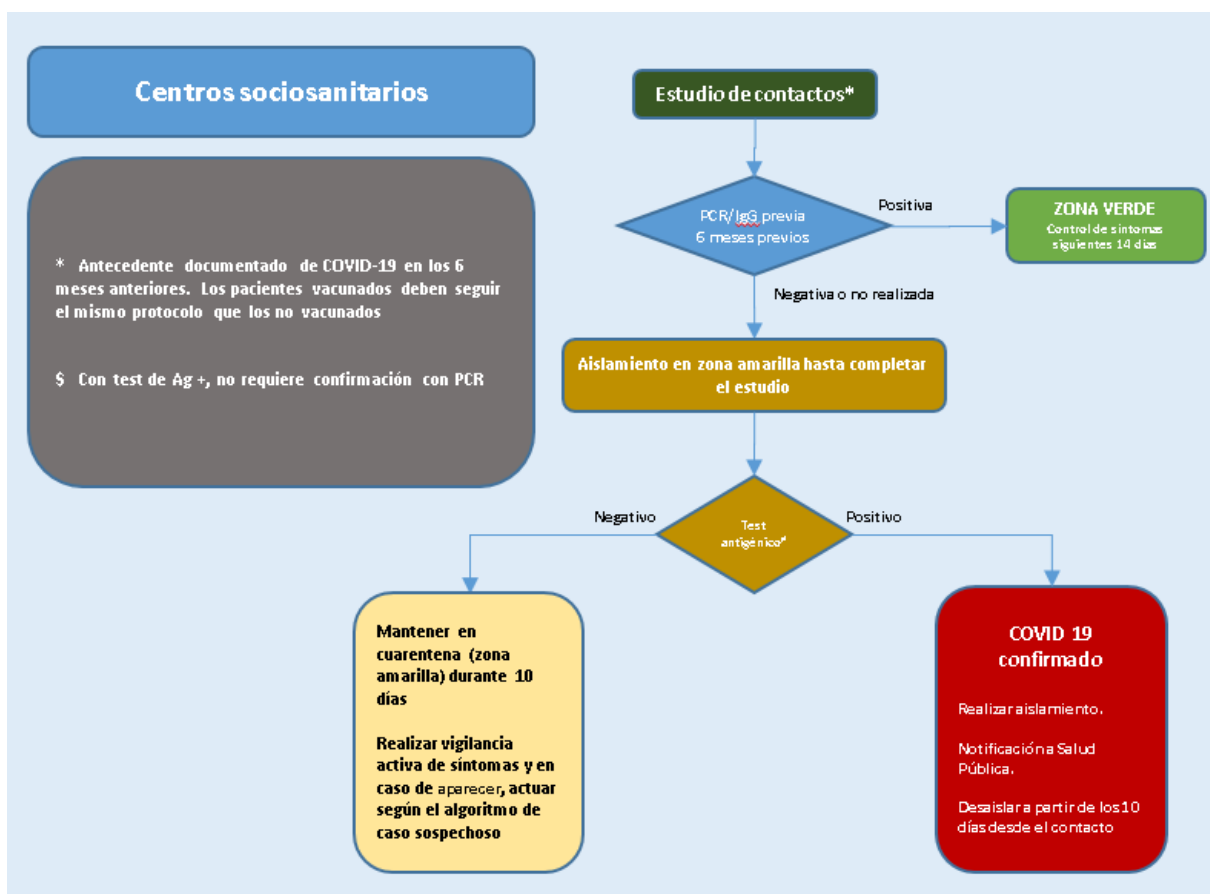
- Utilización de los test antigénicos en su uso como cribado de trabajadores de centros de mayores con personal de enfermería (Algoritmo 3).

Todas las pruebas diagnósticas de infección activa que se realicen, tanto las PCR como las pruebas rápidas de detección de antígeno, es imprescindible que se registren y se envíen a través de los sistemas de información automatizados a la Dirección General de Salud Pública. El conocimiento de todos los casos confirmados de infección activa es necesario para el seguimiento de la pandemia.

Algoritmo 1

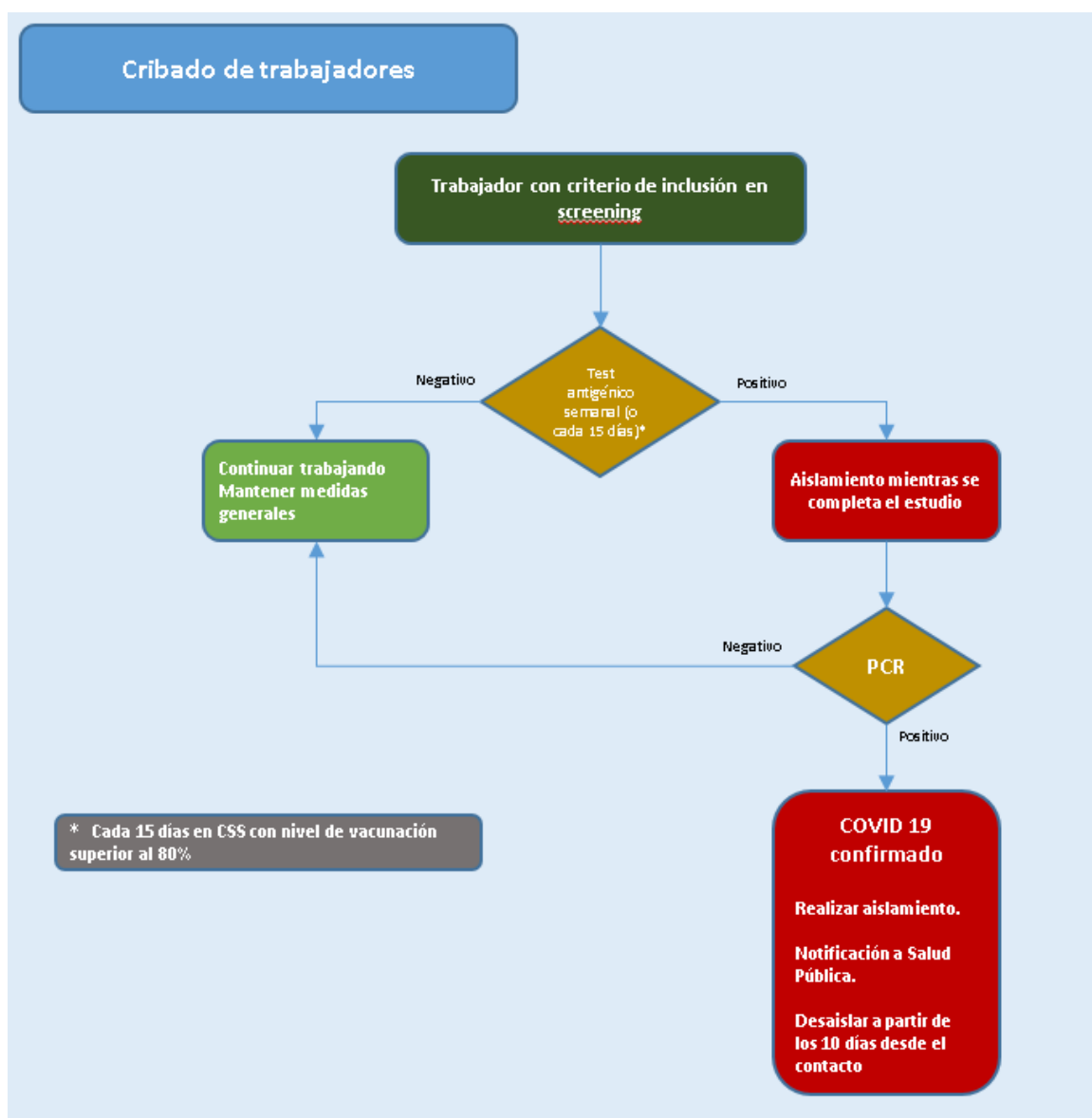


Algoritmo 2



Test antigénico vs PCR en función de la disponibilidad de los test. Si el tiempo de espera del resultado de la PCR se prevé que pueda ser menor de 24 horas, es preferible realizar una PCR de inicio. En caso contrario, se preferirá hacer el test de antígeno, teniendo que confirmar los resultados negativos con PCR.

Algoritmo 3



2.3. ORGANIZACIÓN, ZONIFICACIÓN DE LOS CENTROS Y CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES

Una vez detectado un brote y durante el estudio de los casos y contactos, así como para lograr estados de convivencia entre una relativa normalidad y la pandemia, es necesario planificar con detenimiento una correcta clasificación de residentes en función del riesgo de transmisión que presenten.

Zonificación de los centros residenciales

Zona NO COVID-19 (**ZONA VERDE**). Aquella parte del centro ocupada por:

Residentes libres de infección y sin sospecha de COVID-19.

Residentes que han superado la enfermedad.

Zona COVID-19 (**ZONA ROJA**). Aquella parte del centro ocupada por:

Residentes con infección de COVID-19 confirmados.

En esta zona es recomendable, siempre que sea posible y lo permita la estructura arquitectónica del centro, una separación de sintomáticos, especialmente con síntomas de gravedad de los asintomáticos

Zona de observación y vigilancia especial (**ZONA AMARILLA**). Aquella parte del centro ocupada por residentes que necesiten realizar cuarentena:

Residentes asintomáticos que son considerados contacto estrecho de un caso confirmado.

Residentes con síntomas compatibles sin confirmar (casos sospechosos de infección por COVID-19 a quienes se les debería realizar PDIA antes de 24 h y hasta que se confirme el resultado se extremarán las precauciones para evitar posibles contagios).

Los residentes de esta zona deben permanecer confinados en habitaciones individuales porque las probabilidades de padecer finalmente la infección de uno y otro grupo son muy diferentes, favoreciendo el contagio desde los de más alta probabilidad a los de menor probabilidad.

Los trabajadores de zona amarilla deben utilizar **un equipo de protección individual para cada paciente**. Nos encontramos con frecuencia que utilizan el

mismo EPI entre diferentes pacientes como hacen en zona roja y pueden transmitirlo de un paciente a otro.

En relación con estas zonas:

Con carácter general y en la medida que lo permita la estructura del centro, estas tres zonas estarán perfectamente diferenciadas.

Se establecerán circuitos de circulación que no se mezclen.

Los profesionales desarrollarán su jornada laboral en una de dichas zonas, siempre que sea posible en la misma.

A efectos de situar a los residentes, en caso de brote, en una zona determinada se deberá clasificar a los residentes en estos grupos:

- Residentes sin síntomas y sin contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19.
- Residentes sin síntomas, en aislamiento preventivo por contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19.
- Residentes con síntomas compatibles con el COVID-19.
- Casos confirmados de COVID-19.

Todo residente debe portar mascarilla quirúrgica siempre que no pueda mantener la distancia de seguridad, tenga o no sintomatología, según normativa publicada^{3,4,5}.

Para poder dar una respuesta conjunta, rápida y efectiva y garantizar una correcta atención es necesario que exista una coordinación apropiada entre los responsables de las residencias, los profesionales de Atención Primaria, los geriatras de enlace, los profesionales de Salud Pública y las Unidades de Prevención de Riesgos Laborales de los Centros

³ <https://www.boe.es/boe/dias/2020/06/10/pdfs/BOE-A-2020-5895.pdf>

⁴ http://www.madrid.org/wleg_pub/servlet/Servidor?opcion=VerHtml&nmnorma=11297

⁵ http://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2020/09/07/BOCM-20200907-1.PDF

3. RESPUESTAS ANTE UN BROTE EN LOS CENTROS; MANEJO DE CASOS SOSPECHOSOS, CASOS CONFIRMADOS, AISLAMIENTO Y CUARENTENA.

3.1 CASOS SOSPECHOSOS EN RESIDENTES

Ante la **aparición de síntomas** en algún residente (**vacunado o no**), el profesional de enlace **del centro** o, en su defecto, el responsable del centro **contactará inmediatamente con el sistema sanitario** (Atención Primaria, referente de salud pública del área y Geriatra referente) para la valoración clínica del caso y estudio del brote.

El caso deberá permanecer en aislamiento desde el momento de la sospecha, a la espera del resultado de la prueba. Asimismo, se iniciará la identificación y vigilancia de contactos.

Los profesionales sanitarios del centro o, en su defecto, los equipos de Atención Primaria valorarán si el caso presenta síntomas compatibles y, en tal caso, solicitarán la prueba diagnóstica PCR o test antigénico en función de posibilidades y cronología del caso (ver algoritmos). Este test es recomendable que se realice en menos de 24 horas, si bien no debe esperarse a los resultados para realizar el adecuado aislamiento de los pacientes según la clasificación previa.

. Para la valoración del caso, durante los fines de semana y festivos se contactará con el SUMMA.

3.2 CASOS SOSPECHOSOS EN PROFESIONALES

Con el objetivo del mantenimiento de un circuito libre de COVID-19 y la protección de residentes y profesionales, los centros deberán garantizar:

- La información a todos los trabajadores del centro sobre las características de la enfermedad y los síntomas más importantes de sospecha de infección por COVID-19.
- El diseño de un circuito de **declaración al servicio de Prevención de Riesgos Laborales**, según se encuentre organizado en cada centro.
- La realización de un seguimiento clínico del caso y estudio y seguimiento de los contactos, que permanecerán en cuarentena según lo indique Salud pública del área.

Ante la aparición de síntomas en algún trabajador, si el centro dispone de ellos, es recomendable realizar pruebas rápidas de detección de antígeno en exudado nasofaríngeo. Si el resultado es negativo pero la sospecha clínica/epidemiológica es alta y/o han pasado >5 días desde el inicio de los síntomas, se realizará la PCR en exudado nasofaríngeo.

En caso de que el centro no disponga de test de antígenos, el trabajador debe contactar con su Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL), que se encargará de la valoración clínica y de la solicitud de la PDIA en las primeras 24 horas si presenta síntomas compatibles.

El SPRL emitirá un documento para la Mutua Colaboradora que acredite que el trabajador cumple los criterios de contingencia profesional derivada de accidente de trabajo.

* Si el tiempo de espera del resultado se prevé que pueda ser menor de 24 horas, es preferible realizar una PCR.

** Un trabajador con síntomas no debe acudir a la actividad laboral.

3.3 CASOS CONFIRMADOS. MANEJO ANTE LA APARICION DE UN BROTE EN UN CENTRO

3.3.1 CASOS CONFIRMADOS EN RESIDENTES

Los casos confirmados que no cumplan criterios de hospitalización deberán permanecer aislados, por lo que serán trasladados a la zona COVID 19 de la residencia (**zona Roja**).

El profesional de enlace del centro o, en su defecto, el responsable del centro **lo notificará de manera urgente a la Sección de Epidemiología de la Unidad Técnica del Área Única de Salud Pública que corresponda a la ubicación del centro o, en su defecto, al Servicio de Epidemiología. Fuera del horario laboral de mañana y los fines de semana y festivos la notificación se realizará al**

Sistema de Alerta Rápida en Salud Pública a través del 061. Además, debe comunicarse diariamente a REDCAP.

La Sección de Epidemiología correspondiente valorará la situación epidemiológica y las medidas de control más apropiadas a la misma. Cumplimentará la encuesta epidemiológica del caso y asesorará al servicio médico de la residencia para la identificación de los contactos estrechos.

El seguimiento y el alta de los casos será supervisado por el médico que haya hecho el seguimiento en su centro.

3.3.2 CASOS CONFIRMADOS EN TRABAJADORES

El seguimiento de los casos confirmados en trabajadores será llevado a cabo por la Mutua colaboradora con la Seguridad Social, ya que son considerados como accidente de trabajo.

La Sección de Epidemiología correspondiente cumplimentará la encuesta epidemiológica e identificará a los contactos estrechos familiares y sociales y a los residentes que hayan atendido.

El SPRL identificará a los contactos estrechos entre los trabajadores.

3.4 ESTRATEGIA DE AISLAMIENTO O CUARENTENA

- Aunque el riesgo de transmisión del SARS-CoV-2 de personas vacunadas a otras es aún incierto, la vacunación se ha demostrado eficaz para prevenir COVID-19 sintomático, se cree que la transmisión sintomática y presintomática tiene un mayor papel en la transmisión que la transmisión puramente asintomática. Además, en el caso de los pacientes institucionalizados, los beneficios individuales y sociales de evitar la cuarentena innecesaria podrían superar el riesgo potencial pero desconocido de transmisión. Actualmente no existe una postura definida al respecto, de los diferentes organismos sanitarios por lo que no podemos recomendar renunciar a la cuarentena para personas con inmunidad derivada de la vacuna.

- Las **actuaciones sobre los contactos estrechos** con casos confirmados no se modifican:

Se indicará cuarentena durante los 10 días posteriores al último contacto con el caso confirmado.

Se recomienda la realización de Test de Antígenos según protocolos (ver página 15) a los contactos estrechos de un caso para detectar precozmente nuevos casos y poder extender las medidas de cuarentena.

No son necesarias medidas especiales entre los convivientes de contactos en cuarentena, a no ser que el contacto desarrolle síntomas y presente pruebas diagnósticas de Infección Activa por SARS-CoV-2) positivas. Si se da esta circunstancia, el contacto se convierte en caso y los convivientes habrán de cumplir cuarentena durante 10 días, según lo anteriormente indicado.

Siempre que los recursos disponibles lo permitan, se realizará una PDIA cercana a la finalización de la cuarentena, si bien no es impedimento para levantar la cuarentena.

3.4.1 Definición de contactos estrechos

Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso: personal sanitario o social **que no han utilizado las medidas de protección adecuadas**, miembros 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 (ej. convivientes, visitas) y durante más de 15 minutos **sin la protección adecuada**.

El período a considerar será desde 2 días antes del inicio de síntomas del caso hasta el momento en el que el caso es detectado. En los casos asintomáticos confirmados por PCR, los contactos se buscarán desde 2 días antes de la fecha de diagnóstico.

3.4.2 Estudio de contactos en residentes

El responsable de la residencia llevará a cabo la identificación de contactos estrechos en colaboración con la Sección de Epidemiología correspondiente.

Los contactos estrechos deberán permanecer en cuarentena durante los 10 días posteriores al último contacto con un caso confirmado con infección activa, por lo que serán ubicados en la zona de observación y vigilancia especial (zona amarilla).

A todos los contactos clasificados como estrechos se les realizará una PDIA (PCR o test de antígenos en función de disponibilidad) en las primeras 24 horas. Se seguirá el protocolo establecido al respecto.

Para facilitar el seguimiento de los contactos se proporcionará una hoja de registro. El responsable del seguimiento del Centro de Salud contactará periódicamente con el profesional de enlace del centro para garantizar el seguimiento.

3.4.3 Estudio de contactos en trabajadores

La identificación de los contactos estrechos (sin protección adecuada) entre los trabajadores y el seguimiento será llevada a cabo por el SPRL.

Con la evidencia disponible actualmente no es necesario el estudio de los contactos estrechos con antecedentes de enfermedad previa confirmada en los 6 meses anteriores.

El estudio de contactos podrá realizarse en el propio centro con PDIA en las primeras 24 horas si el centro dispone de ellos.

3.4.4 Estrategia de cuarentena o aislamiento

Durante el confinamiento el caso o contacto debe permanecer en su residencia, preferentemente en una habitación individual, y debe restringir al mínimo las salidas de la habitación, que siempre se realizarán con mascarilla quirúrgica. También se le pedirá que restrinja al máximo posible el contacto con otros residentes.

Si el sujeto aislado presentara algún síntoma de caso sospechoso, debe comunicarlo a los servicios médicos o al teléfono 112 o 061, a la mayor brevedad.

El hecho de estar en aislamiento o cuarentena no implica que los residentes no puedan seguir recibiendo terapias de forma individual en sus habitaciones o en las áreas habilitadas dentro de la misma zona de aislamiento, con medidas de higiene antes y después de la terapia.

3.4.5 Conclusión del aislamiento

En residentes

Casos asintomáticos y residentes con infección leve por COVID-19 (no han sido hospitalizadas, o no han precisado oxigenoterapia, o el curso de los síntomas ha sido menor de 7 días):

En los casos confirmados que sean residentes en centros para mayores o en otros centros sociosanitarios que no cumplan criterios de hospitalización y sean tratados en la residencia, se indicará aislamiento en los centros donde residan. 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. El seguimiento y el alta serán supervisados por el médico que haya hecho el seguimiento en su centro o de la forma que se establezca en cada comunidad autónoma.

No se requiere la determinación seriada de PCR para concluir el aislamiento.

Residentes que han sufrido un cuadro grave (han sido hospitalizadas o han precisado oxigenoterapia o su curso de los síntomas ha durado más de 7 días):

Podrán recibir el alta hospitalaria, si su situación clínica lo permite, aunque su PCR siga siendo positiva, pero deberán mantener aislamiento con monitorización de su situación clínica 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.

A partir de estos 14 días, y siempre que hayan transcurrido 3 días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico, se podrá finalizar el aislamiento.

Para nuevos ingresos en centros o vueltas tras hospitalización, independientemente del resultado de la PCR, si el paciente está asintomático y presenta IgG+, dado que se considera que la infección está resuelta, no precisa medidas especiales.

En trabajadores

El personal sanitario y sociosanitario que resulten casos confirmados y no requieran ingreso hospitalario serán manejados de la misma forma que la población general en cuanto al aislamiento. Estas personas trabajadoras se podrán reincorporar a su puesto de trabajo tras 10 días del inicio de síntomas, siempre que permanezcan sin síntomas respiratorios ni fiebre al menos 3 días y tras la realización de una prueba de diagnóstico que indique 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) elevado.

El personal sanitario y sociosanitario que haya requerido ingreso hospitalario podrá recibir el alta hospitalaria, si su situación clínica lo permite, aunque su PCR siga siendo positiva, pero se deberá mantener aislamiento domiciliario con monitorización de su situación clínica al menos 14 días desde el inicio de síntomas. A partir de estos 14 días, siempre bajo criterio clínico, se podrá finalizar el aislamiento si han transcurrido 3 días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico, y para su reincorporación se seguirán los mismos criterios que en el párrafo anterior.

4. NUEVOS INGRESOS, VISITAS, SALIDAS Y ENTRADAS DE RESIDENTES, FAMILIARES Y TRABAJADORES EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS DE MAYORES

Si bien es cierto que las personas mayores institucionalizadas son el grupo de mayor riesgo, también es cierto que para preservar su salud es muy importante que puedan relacionarse socialmente, que puedan tener estímulos intelectuales y emocionales y es por ello necesario mantener las relaciones sociales.

Una diferencia de trato que suponga una restricción en el disfrute de derechos fundamentales con respecto al resto de la población nunca puede ser genérica, sino que deberá justificarse de la forma más individualizada posible, de acuerdo a criterios razonables, objetivos y de proporcionalidad. Así, el incremento sustancial de los brotes epidémicos en ámbitos concretos y la incidencia de la enfermedad en la población a nivel nacional, a pesar de las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias de las comunidades y ciudades autónomas, requiere la toma de medidas de control drásticas y de impacto.

Si bien la llegada de la vacuna ha supuesto un rayo de esperanza para nuestros mayores, es posible que se sigan produciendo brotes en estos centros (en principio de mucha menor gravedad), pero aprender a vivir con el virus y mantener las relaciones sociales es necesario para la calidad de vida de las personas que residen en centros sociosanitarios. Por ello, **es imprescindible insistir en la importancia que las visitas tienen en las familias y los residentes y es imperativo que los centros las faciliten.**

Es necesario revisar periódicamente el plan de contingencia y la formación del personal para disminuir el riesgo de infección es obligatoria, estén o no vacunados los centros.

En **situaciones de cuidados paliativos o final de vida** se seguirán las instrucciones descritas en el protocolo de atención a pacientes y familias al final de la vida durante la pandemia por covid-19 en centros sociosanitarios⁶.

4.1 Medidas a adoptar

Con carácter general, sin perjuicio de las normas o protocolos específicos que se establezcan en función de cada actividad concreta, serán aplicables a las residencias de personas mayores las siguientes medidas:

- 1) El director o responsable de los centros deberá asegurar que se adoptan las medidas generales y de visitas.
- 2) Los **nuevos ingresos en los centros** deberán cumplir los siguientes requisitos:

⁶ https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/serviciosociales/protocolo_final_de_vida_residencias_covid19_0.pdf

- Todos los ingresos en residencias de mayores (tanto nuevos ingresos como altas hospitalarias) deben aportar información sobre el estado de vacunación del paciente (si ha sido vacunado o no) y sobre su potencial estado infectivo actual: bien una PCR realizada las 72 horas previas al alta hospitalaria o un test antigénico el día del alta (en aquellos centros que no dispongan de enfermería y por tanto no puedan realizar un test antigénico a su llegada al centro) o un test antigénico realizado en el propio centro a su llegada al mismo.

- Los residentes que al alta (hospitalaria) aporten una PCR + (salvo los que tengan IgG + de los 6 meses previos y estén asintomáticos que estarán exentos) deberán seguir el protocolo descrito en este documento.

Además, el centro debe garantizar los siguientes puntos:

- Que tiene controlada la situación de alarma sanitaria.
- Que no ha tenido nuevos casos positivos de COVID-19 en los últimos 7 días o, si los ha tenido, se encuentran en áreas de aislamiento claramente diferenciadas.
- Que el centro tiene capacidad de aislamiento para aquellos residentes que lo precisen.

Esta declaración responsable del director del centro deberá ser remitida a la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia y será validada por la Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria.

Cualquier incidencia en el estado de salud de las personas que hayan ingresado se comunicará de forma inmediata al contacto sanitario que corresponda, según la red establecida.

3) En relación con las **salidas del centro**, los residentes (vacunados y no vacunados) que salgan del centro deberán extremar las medidas de protección usando en todo momento la mascarilla y respetando la distancia de seguridad (independientemente de su estado inmunitario). Deberá realizarse lavado de manos con solución hidroalcohólica a la entrada y la salida del centro y el centro deberá llevar un registro de entradas y salidas.

Se permiten las salidas del centro a los residentes vacunados sin limitaciones, incluidas las salidas de fin de semana o vacaciones, si bien en estas últimas será necesario aportar una prueba diagnóstica de infección activa realizada previamente.

Las salidas de los residentes no vacunados serán de corta duración (inferior a 1 hora y no más de 3 salidas a la semana) y en los alrededores del centro.

Las salidas y visitas no son excluyentes (no son o la una o la otra).

Si se declara un brote en el centro, las visitas y los ingresos quedarán suspendidos salvo que el centro garantice una identificación de casos y contactos y una adecuada sectorización. Esto debe realizarse siempre previa comunicación a la Dirección General de Atención al Mayor y posterior aprobación por la Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria.

Por otra parte, las residencias que tengan limitadas las visitas por presentar brotes deberán facilitar herramientas telemáticas para comunicarse y/o proporcionar información a la familia de forma ágil con un mínimo de 2 videollamadas a la semana.

4) Los trabajadores (vacunados y no vacunados) deberán aportar una PDIA al volver de sus **vacaciones** (siempre que éstas superen los 15 días). El responsable de esta será el servicio de prevención de Riesgos laborales del propio centro o bien el propio centro con los test de que disponen.

5) **Visitas.** En las situaciones epidemiológicas en que las visitas estén autorizadas, el centro notificará que, para poder visitar a los usuarios, estas personas deben estar exentas de fiebre o síntomas respiratorios. Por ello, se recomienda realizar una toma de temperatura y contestar unas preguntas para descartar síntomas compatibles con COVID-19 antes del acceso al centro. Se verificará que realizan una higiene de manos y que llevan puesta la mascarilla quirúrgica.

Los familiares que acudan a visitar a un residente no tienen obligación de realizarse ninguna prueba inmunológica.

Los residentes podrán recibir 3 visitas a la semana de 1 hora de duración.

Para favorecer esto se debe proponer a los residentes que puedan salir del centro que las visitas las realicen fuera de estos para favorecer que los residentes que no puedan abandonar el centro pueden cumplir con sus visitas.

Las residencias deben garantizar que las visitas se realicen en horarios compatibles con los horarios de los familiares y, por tanto, las visitas familiares en fines de semana deben autorizarse si así es necesario.

El número de visitantes continúa siendo de una persona por residente excepto en los casos que se precisen algún tipo de ayuda.

Los residentes con deterioro cognitivo moderado-severo requieren interacción directa y contacto físico para establecer una comunicación significativa y esto debe ser priorizado. En estas situaciones se autoriza a los familiares a no respetar la distancia de seguridad utilizando guantes para el contacto además de una adecuada higiene de manos.

6) En las visitas se seguirán manteniendo las medidas habituales de limpieza de manos, distancia física, ventilación y mascarilla.

7) Los residentes vacunados y no vacunados podrán salir de vacaciones sin limitaciones. En ambos casos, deberán aportar una PCR negativa realizada en las 72 horas previas. Aquellos centros que dispongan de test antigénicos podrán sustituir la PCR por la realización de un test antigénico a la entrada al centro, que se repetirá a las 48 h y, mientras se confirme el resultado, el residente permanecerá en aislamiento.



**Dirección General de
Coordinación Socio-Sanitaria**
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad
de Madrid



Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia

CONSEJERÍA DE POLÍTICAS SOCIALES, FAMILIAS,

IGUALDAD Y NATALIDAD

Comunidad
de Madrid

5. LAS SALIDAS DEL CENTRO

Entendiendo el contacto social como parte de la salud de las personas mayores se plantea en el presente punto la regulación relativa a las salidas del centro.

Para ajustarse a las distintas situaciones y a las condiciones organizativas de las residencias, se considera que, para los paseos de usuarios de estos centros, con las siguientes consideraciones:

Los usuarios con mayor nivel de autonomía podrán salir solos a realizar estos paseos, manteniendo la distancia de seguridad respecto a terceros y evitando espacios concurridos e irán con mascarilla. Durante su paseo llevarán un documento escrito que le identifique como usuarios de la respectiva residencia en previsión de posibles limitaciones a la movilidad que se pudiesen producir en su zona de salud básica.

Los usuarios con menor nivel de autonomía y mayor necesidad de apoyo y supervisión podrán salir igualmente si bien deberán mantener igualmente la distancia de seguridad entre ellos y respecto a terceros y evitando espacios concurridos e irán también con mascarilla. Se recomienda a los centros que habiliten zonas para que los mayores dependientes ya vacunados puedan estar con sus familiares

En todos los casos estos paseos son de carácter voluntario y solo podrían salir de paseo aquellos usuarios asintomáticos y que, por supuesto, no estén en aislamiento preventivo.

Las entidades y los equipos de los centros deberán reforzar las acciones de información a los usuarios, tanto a los que se determine que pueden salir solos como a aquellos que salen acompañados, en relación con la información de uso de espacios exteriores, medidas de distancia de seguridad ante terceros y medidas de higiene y prevención, que están recomendando las autoridades sanitarias.

En aquellos centros en que la situación organizativa lo permita, es recomendable la realización de paseos en pequeños grupos (respetando unidades de convivencia) en aquellas personas que por problemática no dispongan de otra opción. Estos paseos deberán adaptarse tanto al horario determinado por el centro como a las necesidades de personal de este, por lo que se podrá establecer que el paseo se programe y realice en día alternos, siempre acompañados de personal del centro.

6. VENTILACIÓN Y CLIMATIZACIÓN

Con motivo de la aparición de esta nueva enfermedad del COVID-19, que ha supuesto un gran impacto sanitario, social y económico en todo el mundo, han surgido y se han publicado casi diariamente numerosos estudios y ensayos sobre el comportamiento del coronavirus SARSCoV-2 en lo referente a su propagación y contagio, durante este corto plazo de tiempo, y se han dado a conocer muchas de las características del virus. Para tratar de reducir en lo posible los contagios entre las personas, se deberán seguir las pautas indicadas por las autoridades sanitarias⁷. Estudiando las instalaciones de climatización, se puede adecuar su funcionamiento para que éstas actúen como una medida más de prevención contra el contagio, formando parte de la solución. Por lo tanto, las instalaciones de climatización permiten contribuir a reducir el riesgo de que una persona infectada del SARS-CoV-2, aún sin presentar síntomas, pueda contagiar a otros usuarios que estén en el mismo espacio, además de evitar propagar el coronavirus a otras zonas del edificio.

6.1 Acciones recomendadas

En un centro residencial es importante considerar dos factores con respecto a la calidad del aire interior:

- la concentración de personas (número de personas por metro cuadrado) y
- la ventilación

Dependiendo del número de personas y de la ventilación, una sola persona podría contagiar a todas aquellas con las que comparte espacio y aire en un tiempo que depende mucho de las dimensiones del local y de la ventilación. Es por eso por lo que, en las áreas comunes de los centros sociosanitarios y de discapacidad, resulta vital tener bien diseñado el sistema de ventilación y climatización como complemento a la ventilación natural.

6.2 Ventilación natural

En los edificios sin sistema de ventilación mecánica se debe llevar a cabo una ventilación natural, abriendo puertas y ventanas el mayor tiempo posible.

⁷https://www.msrebs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccaves/alertasActual/nCov/documentos/Recomendaciones_de_operacion_y_mantenimiento.pdf

Se debe priorizar la ventilación con aire exterior sobre el confort y la eficiencia energética durante la emergencia sanitaria actual de la COVID-19.

Hay que tener en cuenta que debemos recurrir a la ventilación cruzada, consistente en la apertura de ventanas y puertas en lados opuestos de la habitación, que es más efectiva que la apertura en un solo lado y, por tanto, preferible. En muy pocas ocasiones se alcanza la ventilación suficiente sin ventilación cruzada.

Las condiciones ambientales exteriores influyen en la ventilación efectiva. Para una misma configuración de ventanas y/o puertas, la ventilación puede variar, especialmente en días ventosos.

6.3 Métodos para medir la ventilación

Se recomienda la utilización, en las zonas comunes de los centros, de medidores de CO₂. Como normal general, si la concentración de CO₂ en una habitación sobrepasa las 800 ppm, habría que ventilar de inmediato.

6.4 Filtros HEPA

Se recomienda agregar limpiadores de aire portátiles con filtros HEPA (filtros de alta eficiencia para partículas) o de alta MERV en zonas comunes con dificultades para obtener una ventilación satisfactoria.

6.5 Temperatura

Se recomienda no modificar la temperatura y la humedad establecida para el edificio.

7. ANEXOS

ANEXO 1. DATOS DE CONTACTO DE LOS SERVICIOS DEL ÁREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA

Servicio del Área Única de Salud Pública-1,4,7

Servicio del Área Única de Salud Pública-2

Servicio del Área Única de Salud Pública-3

Servicio del Área Única de Salud Pública-5

Servicio del Área Única de Salud Pública-6

Servicio del Área Única de Salud Pública-8

Servicio del Área Única de Salud Pública-9

Servicio del Área Única de Salud Pública-10

Servicio del Área Única de Salud Pública-11

DIRECCIONES Y TELÉFONOS DE INTERÉS

Subdirección General de Epidemiología
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

	Dirección	Teléfono	Fax
AREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA 1	C/ Cincovillas, 5 (28051 MADRID)	91 494 24 79	91 494 07 19
AREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA 2	C/ Océano Pacífico, 3 (28821 COSLADA)	91 672 32 18	91 673 85 15
AREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA 3	Avda. Reyes Magos, s/n (28806 ALCALÁ DE HENARES)	91 880 60 07	91 882 84 06
AREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA 4	C/ Cincovillas, 5 (28051 MADRID)	91 494 24 79	91 494 07 19
AREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA 5	C/ Blas de Otero 13 - 3ª planta (28100 ALCOBENDAS)	91 490 41 10	91 661 42 96
AREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA 6	C/ Aristóteles, 3 (28230 LAS ROZAS DE MADRID)	91 227 69 00	91/ 204 38 26
AREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA 7	C/ Cincovillas, 5 (28051 MADRID)	91 494 24 79	91 494 07 19
AREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA 8	C/ Alonso Cano 8 (28933 MÓSTOLES)	91 621 10 40	91/ 811 32 56
AREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA 9	Avda. Portugal 2 - 1ª planta (28916 LEGANÉS)	91 248 49 00	91/ 686 38 11
AREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA 10	C/ Alberto Palacios 22 (28021 MADRID)	91 696 41 66	91/ 696 63 51
AREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA 11	C/ Alberto Palacios 22 (28021 MADRID)	91 710 96 67	91/ 798 01 32
Servicio de Epidemiología	C/ San Martín de Porres 6 - 1ª planta (28035 MADRID)	91 370 08 88	91 370 08 83
Servicio de Alertas en Salud Pública	C/ San Martín de Porres 6 - 1ª planta (28035 MADRID)	91 370 08 03	91 370 08 09

ANEXO 2. HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE LA REALIZACIÓN DE CUARENTENA

(Adaptado del documento Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19 adaptado a la Comunidad de Madrid. 26 de junio de 2020).

Debido a su exposición a un caso de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) durante el posible periodo de transmisibilidad que comienza 48 horas antes de la aparición de síntomas, se le ha clasificado como contacto de riesgo. Se realizará un seguimiento activo a lo largo del periodo de incubación máximo de la enfermedad, que es de 10 días.

Durante este periodo hay que estar pendiente de cualquier síntoma de enfermedad (en particular fiebre, tos o dificultad respiratoria) para poder actuar de la forma más temprana posible, especialmente para evitar la transmisión a otras personas. Además, debe permanecer en la residencia en cuarentena durante 10 días. El objetivo es evitar que, si hubiera adquirido la infección, la pueda transmitir a su vez a otras personas teniendo en cuenta además que esta transmisibilidad comienza 48 horas antes de la aparición de síntomas, si se desarrollan.

En el centro residencial deben realizar un control de temperatura dos veces al día, entre los siguientes horarios:

- De 08:00 a 10:00 horas
- De 20:00 a 22:00 horas

Además, se deberán seguir las siguientes recomendaciones:

- Permanecer la mayor parte del tiempo en una habitación individual hasta transcurridos 10 días tras la última exposición de riesgo y preferiblemente con la puerta cerrada (realizar actividades que entretengan como leer, dibujar, escuchar la radio, escuchar música, ver televisión, navegar por internet, etc).
- A ser posible usar baño individual, es decir, no compartir con ninguno de sus convivientes.
- Lavarse las manos con frecuencia con agua y jabón, especialmente después de toser o estornudar o manipular pañuelos que haya usado para cubrirse. También puede utilizarse soluciones hidroalcohólicas.
- Restringir al mínimo imprescindible las salidas de la habitación y, cuando sea necesario salir, llevar siempre una mascarilla quirúrgica.
- Limitar en la medida de lo posible el contacto con residentes.



- En caso fiebre (tener en cuenta si se está tomando antitérmicos para poder valorar la fiebre) o desarrollar cualquier síntoma como tos o dificultad respiratoria, se deberá contactar de manera inmediata con el Centro de Salud o SUMMA para valoración lo más precozmente posible.

ANEXO 3. CENSO DE CONTACTOS PARA EL SEGUIMIENTO EN RESIDENCIAS

ANEXO 3		RESIDENCIA.....					ESTUDIO DE CONTACTOS ESTRECHOS			
IDENTIFICACIÓN DEL CASO ÍNDICE										
Nombre:			Fecha de notificación:/...../.....							
D.N.I.:										
DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA EL ESTUDIO DE CONTACTOS										
Nombre y apellidos:						Z.B.S.:				
Teléfono:			Correo electrónico:							
CENSO DE CONTACTOS ESTRECHOS										
Apellidos y Nombre	Fecha nacimiento	Sexo	Ámbito de exposición ¹	Último día de contacto	Fecha inicio seguimiento	Síntomas ²	Fecha inicio síntomas	Realización PCR ³	Fecha resultado PCR	Fecha cierre de seguimiento



INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN										
1 ÁMBITO DE EXPOSICIÓN:										
1 Residentes										
2 Trabajadores Residencias										
3 Sanitarios										
4 Otros										
2 SÍ / NO										
3 Positiva/Negativa										

ANEXO 4. MANEJO DE CASOS ASINTOMÁTICOS A PARTIR DE PRUEBAS SEROLÓGICAS

Cribado con pruebas serológicas

Si las autoridades sanitarias lo consideran, se podrán realizar estudios de cribado mediante pruebas serológicas en poblaciones vulnerables o de mayor exposición, como personal sanitario o socio-sanitario o residentes en residencias de mayores u otros centros de carácter social. La interpretación de los resultados de estas pruebas y las actuaciones a seguir se indican en la siguiente en tabla:

Resultados anticuerpos	Realizar PCR	Interpretación	Actuaciones
Ig totales positivas	Sí	+	Interpretar según algoritmo* Actuar según algoritmo*
		-	Caso confirmado con infección resuelta No aislamiento No búsqueda de contactos
IgM positiva ¹ IgG negativa	Sí	+	Caso confirmado con infección activa Aislamiento 10 días Búsqueda de contactos desde 2 días antes del diagnóstico
		-	Falso positivo de Ig M No aislamiento No búsqueda de contactos
IgM positivo IgG positivo	No	Caso confirmado con infección resuelta	No aislamiento No búsqueda de contactos
IgM negativo IgG positivo			

¹ Si es una prueba diagnóstico solo con IgM y ésta es positiva, debido a la heterogeneidad de los test empleados con diferentes sensibilidades y especificidades, se ha de acompañar un resultado de PCR.

*Ver algoritmo en el siguiente apartado.

Cribado con pruebas PCR

En el momento actual no se aconseja la realización de PCR a personas asintomáticas fuera de determinadas estrategias de cribado planteadas dentro del sistema sanitario para la detección precoz de casos entre los contactos, en poblaciones vulnerables en el contexto de brotes o de forma previa a algunas actuaciones asistenciales.

No se aconseja volver a realizar PCR de nuevo a las personas asintomáticas que ya tuvieron una prueba positiva que se negativizó, dado la falta de evidencia en el momento actual de transmisibilidad a partir de pacientes que vuelven a presentar PCR positiva.

ANEXO 5 MARCO JURÍDICO ESPECÍFICO

Se relacionan las normas que se han ido aprobando en esta materia desde el inicio de la pandemia:

- **Orden 1047/2020, de 5 de septiembre** de la Consejería de Sanidad, por la que se modifica la Orden 668/2020, de 19 de junio de 2020, por la que se establecen medidas preventivas para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 una vez finalizada la prórroga del estado de alarma establecida por el Real Decreto 555/2020, de 5 de junio, como consecuencia de la evolución epidemiológica.
- **Orden 1008/2020, de 18 de agosto** de la Consejería de Sanidad, por la que se modifica la Orden 668/2020, de 19 de junio de 2020, por la que se establecen medidas preventivas para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 una vez finalizada la prórroga del estado de alarma establecida por el Real Decreto 555/2020, de 5 de junio, para la aplicación de las actuaciones coordinadas en salud pública para responder a la situación de especial riesgo derivada del incremento de casos positivos por COVID-19.
- **Orden 668/2020, de 19 de junio** de la Consejería de Sanidad, por la que se establecen medidas preventivas para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 una vez finalizada la prórroga del estado de alarma.
- **Resolución 2026/2020 de 29 de julio** de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, por la que se aprueban las instrucciones relativas a la obligación de los centros y servicios de remitir información sobre su situación ante la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.
- **Real Decreto-Ley 21/2020, de 9 de junio** de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.
- **Orden SND/322/2020, de 3 de abril** Ministerio de Sanidad establece nuevas medidas para atender necesidades urgentes de carácter social o sanitario en el ámbito de la situación de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19
- **Orden 1/2020, de 27 de marzo** conjunta de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, por la que se dictan instrucciones para la aplicación de la Orden SND/275/2020, de 23 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.
- **Orden SND/295/2020 de 26 de marzo**, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos en el ámbito de los servicios sociales ante la situación de crisis ocasionada por el COVID-19.
- **Orden SND/275/2020 de 26 de marzo**, con medidas complementarias de carácter organizativo, así como de suministro de información, para todos los centros de servicios sociales

-
- de carácter residencial (centros residenciales de personas mayores, personas con discapacidad u otros centros de análoga naturaleza), ya sean de titularidad pública o privada.
 - **Orden SND/265/2020 de 19 de marzo**, por la que se establecen diversas medidas organizativas en las residencias de personas mayores y centros sociosanitarios ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.