


CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL


ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A COVID-19

RECOPILACIÓN ADAPTADA AL MARCO DE LA VACUNACIÓN¹

¹ El presente documento es dinámico y podrá ser modificado en función de la evolución de la COVID-19 y la nueva información de que se disponga.


| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 7/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

| CONTROL DE REVISIONES Y MODIFICACIONES | |
|--|--|
| Fecha | Descripción |
| 28/04/2020 | Versión inicial de la recopilación |
| 13/05/2020 | Adecuación a la <i>Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de COVID-19, indicadores de seguimiento</i> , a 12/05/2020 y actualización de los siguientes apartados: 7.1. Identificación de casos, pruebas diagnósticas, manejo de casos y pruebas de cribado en centros residenciales. 10. Medidas en brotes por COVID-19 y cierre del brote. 11. Criterios para ingreso en centros residenciales. Protocolo de realización de pruebas COVID-19. Anexo I: Clasificación de los casos. Anexo V. Criterios para la aplicación del protocolo de la VICIPI para baja voluntaria de residentes. Anexo VI. Protocolo de acompañamiento a las personas en el final de la vida |
| 01/06/2020 | Actualización de apartados: 6. Medidas generales. 7.1. 2. Estudio de contactos en centros residenciales con brote activo. 7.1.3. Cribado en centros residenciales sin brote activo. 10.3. Cierre del brote. 11. Criterios para ingreso en centros residenciales. Protocolo de realización de pruebas COVID-19. 12. Medidas protección de la salud de los trabajadores Añade: Anexo IV. Información necesaria para solicitar el cese de la vigilancia activa grado 2 (G2) de residencias y pase a vigilancia (G0). Anexo V: Criterios sanitarios para la aplicación del protocolo de la VICIPI para baja voluntaria de residentes |
| 03/08/2020 | Actualización de todos los apartados |
| 03/09/2020 | Actualización de apartados: 3. Identificación y manejo de casos y contactos en centros residenciales. 4. Cribado en centros residenciales sin brote activo. 5. Criterios sanitarios para aislamiento y pruebas ante entradas y salidas. Anexo II. Medidas generales para la protección de salud de residentes y trabajadores |
| 27/10/2020 | Actualización de todos los apartados |
| 12/01/2021 | Actualización de todos los apartados. Se añade Apartado 3.3 Aislamiento y sectorización Se añade Anexo Residencias de personas menores de edad. Se elimina Anexo Restricciones adicionales de movilidad |
| 1/04/2021 | Actualización en el marco de la vacunación. Cambios respecto a la anterior en azul |
| 05/05/2021 | Actualización de normativa y vacunación. Cambios respecto a la anterior en azul |
| 17/08/2021 | Actualización de normativa y vacunación. Cambios respecto a la anterior en azul |
| 26/08/2021 | Actualización de normativa y vacunación. Cambios respecto a la de 5/05/2021 en azul |

| | | |
|---|---|---|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 7/09/2021 Sustituye a: 17/08/2021 |
|---|---|---|

Contenido:

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 5 |
| 1. COMISIÓN DEPARTAMENTAL DE CONTROL DE CENTROS RESIDENCIALES FRENTE A COVID-19..... | 6 |
| 1.1. COMPOSICIÓN DE LA COMISIÓN | 6 |
| 1.2. FUNCIONES DE LA COMISIÓN..... | 6 |
| 1.3. COMUNICACIÓN CON LOS CENTROS RESIDENCIALES | 7 |
| 1.4. PLAN DE CONTINGENCIA DEL DEPARTAMENTO PARA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A COVID-19 EN CENTROS RESIDENCIALES..... | 8 |
| 1.5. SUMINISTROS DE MATERIAL DE PROTECCIÓN A LOS CENTROS RESIDENCIALES | 8 |
| 1.6. GRUPO DE TRABAJO DE MEJORA DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN CENTROS RESIDENCIALES | 9 |
| 2.-CRITERIOS DE ACTUACIÓN PARA LA VIGILANCIA ACTIVA DE COVID-19 | 11 |
| 2.1.- MEDIDAS ANTE TRANSMISIÓN COMUNITARIA EN EL ENTORNO LOCAL DE LAS RESIDENCIAS..... | 12 |
| 2.2.- DEFINICIÓN DE BROTE EN CENTROS RESIDENCIALES..... | 12 |
| 2.3.- GRADOS DE VIGILANCIA..... | 12 |
| 2.4.- PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECIMIENTO DE VIGILANCIA ACTIVA G1 Y G2..... | 14 |
| 2.5.- MEDIDAS A ADOPTAR EN VIGILANCIA ACTIVA G1 O G2 | 14 |
| 2.6.- AUTORIZACIÓN DE BAJA VOLUNTARIA. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTO | 18 |
| 2.7.- CIERRE DEL BROTE | 19 |
| 3.- IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE CASOS Y CONTACTOS EN CENTROS RESIDENCIALES..... | 20 |
| 3.1.- SOSPECHA DE CASO | 22 |
| 3.2.-ACTUACIÓN ANTE CONTACTOS EN RESIDENCIAS CON BROTE | 23 |
| 3.3.-AISLAMIENTO Y SECTORIZACIÓN DURANTE UN BROTE..... | 25 |
| 4. PRUEBAS EN RESIDENTES Y TRABAJADORES ASINTOMÁTICOS..... | 27 |
| 5. CRITERIOS SANITARIOS PARA AISLAMIENTO Y PRUEBAS ANTE INGRESOS REINGRESOS Y SALIDAS | 28 |
| ANEXO I. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CASOS Y CONTACTOS DE INFECCIÓN SARS-COV-2. GLOSARIO | 33 |
| ANEXO II. MEDIDAS GENERALES PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE RESIDENTES Y TRABAJADORES..... | 38 |
| MEDIDAS GENERALES PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RESIDENTES | 38 |
| MEDIDAS GENERALES PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES | 40 |
| ANEXO III. INFORMACIÓN NECESARIA PARA SOLICITAR VIGILANCIA ACTIVA GRADO 1 O GRADO 2..... | 43 |
| ANEXO IV. INFORMACIÓN NECESARIA PARA SOLICITAR EL PASO DE VIGILANCIA ACTIVA G1 O G2 A VIGILANCIA G0..... | 44 |
| ANEXO V. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN EN CENTROS CON BROTE ABIERTO DE COVID-19 | 45 |
| ANEXO VI. PROTOCOLO SANITARIO DE ACOMPAÑAMIENTO A LAS PERSONAS EN EL FINAL DE LA VIDA EN CENTROS RESIDENCIALES CON BROTE ABIERTO..... | 47 |
| ANEXO VII RESIDENCIAS DE PERSONAS MENORES DE EDAD | 49 |
| ANEXO VIII. CENTROS DE ATENCIÓN DIURNA..... | 50 |

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

SUSTITUYE A:

| | |
|------------|--|
| 10/03/2020 | RECOMENDACIONES A CENTROS RESIDENCIALES PARA EL COVID-19. COMUNITAT VALENCIANA |
| 28/04/2020 | CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL. ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE AL COVID-19. RECOPIACIÓN |
| 28/04/2020 | PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DE PRUEBAS COVID-19 PARA EL INGRESO EN LOS CENTROS RESIDENCIALES O VIVIENDAS DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES |
| 8/04/2020 | CRITERIOS DE APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE LA VICIPI PARA BAJA VOLUNTARIA DE RESIDENTES |
| 26/08/2020 | PROCEDIMIENTO DE REALIZACIÓN DE PCR A TRABAJADORES DE CENTROS DE CARÁCTER RESIDENCIAL DE PERSONAS MAYORES Y CON DISCAPACIDAD |
| 17/8/2021 | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE AL COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL. RECOPIACIÓN. Versiones anteriores: 13/05/2020; 01/06/2020; 03/09/2020; 27/10/2020;12/01/2021; 01/04/2021; 05/05/2021 |

FUENTES: Documentos técnicos del Ministerio de Sanidad


- Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19, a 12/08/2021.
- Interpretación de las pruebas diagnósticas frente a SARS-CoV-2, a 24/04/2020.
- Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al coronavirus (SARS-COV-2,) a 16/07/2021.
- Instrucciones sobre realización de pruebas diagnósticas para detección de COVID-19 en el ámbito de las empresas, a 21/12/2020.
- Plan de respuesta temprana en escenario de control de la pandemia COVID-19, a 16/07/2020.
- Actuaciones de respuesta coordinada para el control de transmisión COVID-19, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a 26/03/2021.
- Adaptación de las medidas en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial en el marco de la vacunación, a 9/08/2021.
- Recomendaciones para abordaje de la fragilidad en situación de crisis sanitaria generada por la COVID-19, a 25/03/2021

NORMATIVA

- Real Decreto 2210/1995 de 28 de diciembre que crea la red nacional de vigilancia epidemiológica.
- Resolución de 20 de junio de 2020 de la Consellera de Sanidad Universal y Salud Pública, medidas relativas a centros de servicios sociales de carácter residencial ante la situación sanitaria por la COVID-19, en la Comunitat Valenciana. Resolución de 20 de julio de 2020, nueva redacción de puntos 8º y 9º.
- Resolución de 8 de abril de 2021 de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas (VICIPI), Plan de actuación en las residencias de personas mayores dependientes, centros de día, viviendas tuteladas y CEAM/CIM de la CV y centros asimilados, en el contexto de crisis sanitaria por Covid-19.
- Resolución 8 de abril de 2021 de la VICIPI, Plan de actuación en los centros y recursos dirigidos a personas con diversidad funcional o problemas de salud mental de la Comunitat Valenciana, en el contexto de crisis sanitaria ocasionada por la Covid-19.
- Decreto Ley 12/2020, de 7 de agosto, por el que se establece el régimen sancionador específico contra los incumplimientos de las disposiciones reguladoras de las medidas de prevención frente a la COVID-19 en los servicios sociales valencianos.
- RDL 13/2021 de 24 de junio, por el que se modifica la Ley 2/2021 de 29 de marzo.

Se recomienda revisar las últimas versiones disponibles en:

- <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos.htm>
- <http://www.san.gva.es>
- <http://inclusio.gva.es/va/normativa-vigent>

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

INTRODUCCIÓN

Los residentes en centros de servicios sociales de carácter residencial son personas de especial vulnerabilidad ante la infección por COVID-19 por tener contacto estrecho con los trabajadores y con otros residentes, en entornos cerrados y con población igualmente vulnerable, presentar patología de base o comorbilidades, tener edad avanzada y poder presentar con frecuencia deterioro cognitivo que no les permite llevar a cabo medidas eficaces de prevención y aislamiento.

Todas estas circunstancias confluyen en las residencias de personas mayores, donde la vulnerabilidad de las personas residentes hace que se apliquen medidas especiales diferenciadas de otros tipos de residencias. Hasta donde conocemos, la COVID-19 afecta de forma más grave a mayores de 65 años. La mortalidad aumenta con la edad.

La mayoría de las infecciones se producen por contacto e inhalación de gotas y aerosoles respiratorios; son posibles a través de manos u objetos contaminados de secreciones respiratorias. La transmisión se favorece en lugares cerrados, mal ventilados, con gran afluencia y donde no se observen las medidas de distanciamiento e higiene y prevención, situación en la que se ha demostrado que la probabilidad de contagio es muy superior a la de los espacios abiertos y bien ventilados.²

La experiencia acumulada con la pandemia de COVID-19 nos ha enseñado la gran importancia de las medidas de prevención y control encaminadas a prevenir la infección. Asimismo, desde el 27/12/2020 las personas residentes y trabajadoras en estos centros han sido vacunadas de manera prioritaria³, la mayoría con la pauta completa, por lo que algunas de las medidas vigentes hasta ahora, como las restricciones de interacción social, pueden y deben aliviarse.

Por otro lado, se ha intensificado la formación de los trabajadores de estos centros. [En la oferta formativa de la EVES se ha desarrollado un curso en línea para personal de residencias.](#)

Las siguientes recomendaciones de prevención y control se basan en el escenario actual de la infección por SARS-CoV-2 y en la última información disponible, por lo que [se revisan periódicamente](#). Sus objetivos son:

- Minimizar la expansión de la infección por COVID-19 en el entorno residencial.
- Proteger a los grupos de población más vulnerables de la infección y del deterioro en su salud por el aislamiento prolongado.

Para ello, y entre otras, se plantean en este documento medidas:

- Organizativas, como el grupo de trabajo de mejora de la asistencia sanitaria en centros residenciales y el plan de contingencia del departamento.
- De protección e higiene.
- De aislamiento de casos y separación por cohortes en una residencia.
- De criterios sanitarios para la baja voluntaria, ingresos y salidas de residentes.


Estas recomendaciones son aplicables a los centros residenciales de atención a las adicciones.

No afectan a viviendas para atención a las adicciones ni a otros centros de servicios sociales, como las viviendas tuteladas, donde las medidas preventivas a aplicar serían similares a las de los domicilios familiares. Tampoco afectan a los centros para personas menores de edad día ni a los centros de día, salvo cuando así se indique⁴.

² Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19.

³ Estrategia de vacunación del SNS. Grupo 1

⁴ Ver anexos VII y VIII

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

1. COMISIÓN DEPARTAMENTAL DE CONTROL DE CENTROS RESIDENCIALES FRENTE A COVID-19

Por instrucción de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública (CSUSP) de 17 de marzo de 2020, ratificada en la Resolución de 20 de junio de 2020, se creó en cada departamento de salud una Comisión de control de centros residenciales (en adelante “la Comisión”) para la vigilancia y seguimiento respecto a la aparición de casos de COVID-19 en los centros de servicios sociales de carácter residencial⁵.

El objetivo de estas Comisiones es establecer y aplicar los mecanismos de coordinación, interdisciplinarios e intersectoriales, necesarios para garantizar la prevención, detección, atención integral y control frente a la COVID-19 de las personas residentes en los centros de servicios sociales del departamento.


1.1. COMPOSICIÓN DE LA COMISIÓN

- La persona responsable de la Gerencia o la Dirección de Atención Primaria, que la presidirá.
- Profesionales con competencias en materia de:
 - Salud pública
 - Medicina preventiva
 - Prevención de riesgos laborales (SPRL)
 - Hospital a domicilio (UHD)
 - Inspección de servicios sanitarios
 - Aquellos otros profesionales que considere la Gerencia
- Representante de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualtat i Polítiques Inclusives (VICIPI).
- En los departamentos en régimen de concesión, el comisionado de la CSUSP.

1.2. FUNCIONES DE LA COMISIÓN

- a. Divulgar, adaptar y aplicar en los centros residenciales de su departamento las instrucciones, procedimientos y protocolos dirigidos a la prevención, diagnóstico y tratamiento de personas afectadas con COVID-19.
- b. Procurar la vacunación de residentes y trabajadores a medida que se incorporen.
- c. Vigilar la aparición de casos y brotes de COVID-19 entre los residentes y los trabajadores de los centros de su departamento y proponer a la Dirección General de Salud Pública y Adicciones (DGSPA) la resolución que determine las medidas a adoptar.
- d. Asegurar la recogida de la información epidemiológica necesaria para el estudio de casos y brotes.
- e. Asegurar la recogida de información clínica de casos y contactos en la historia clínica (SIA-Abucasis).
- f. Establecer medidas de control de la infección ante un caso o brote, a partir de los informes que elaboren los profesionales de salud pública, inspección, equipo de atención primaria (EAP), UHD,

⁵.Resolución de 20 de junio de 2020, de la Consellera de Sanidad Universal y Salud Pública

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

servicio de medicina preventiva o de medicina interna, en coordinación con los responsables del centro residencial y de su SPRL.

- g. Vigilar el cumplimiento de las medidas, en particular las de aislamiento y cuarentena y las de formación de los trabajadores en prevención y protección. Dicha formación correrá a cargo del SPRL del centro residencial, con el soporte de la Comisión.
- h. Coordinar los recursos y a los profesionales que participan en la atención a los residentes durante la vigilancia activa.
- i. Documentar las actuaciones llevadas a cabo y trasladarlas por escrito a la dirección de la residencia y a la CSUSP.
- j. Proponer a la CSUSP la adopción de medidas de restricción de movilidad adicionales en centros residenciales de personas mayores y con discapacidad, según la situación epidemiológica del departamento.
- k. Proponer a la DGSPA el establecimiento de vigilancia activa G1 Y G2.
- l. Aplicar a residentes y trabajadores los criterios de indicación de pruebas para identificación de casos, estudio de contactos y cribado.
- m. Dar apoyo a la organización de actividades de vacunación de residentes y trabajadores frente a gripe y COVID-19.
- n. Proporcionar a la Comisión departamental de seguimiento de COVID-19 la información que se solicite.
- o. La Comisión podrá acordar la creación de grupos de trabajo con personas de perfil técnico y asesor para el estudio, análisis y ejecución de asuntos relacionados con su competencia que específicamente les sean encomendados, con las directrices y plazo que se les determine.

La Comisión se deberá reunir con la periodicidad necesaria según la situación epidemiológica de la infección y el grado de vigilancia de las residencias, preferiblemente en horario que no entorpezca el adecuado funcionamiento de cada uno de sus miembros y por videoconferencia.

1.3. COMUNICACIÓN CON LOS CENTROS RESIDENCIALES


La Comisión se reunirá con los responsables de los centros residenciales, por propia iniciativa o a propuesta de los centros, preferentemente mediante videoconferencias simultáneas, para garantizar la coordinación de las actuaciones.

La Comisión, además, mantendrá comunicación frecuente con los centros de servicios sociales de carácter residencial para garantizar la coordinación de las actuaciones, preferentemente por correo electrónico o en caso de urgencia telefónicamente. También se comunicarán a través del facultativo de atención primaria designado como referente en la zona básica de salud para cada centro.

Los centros residenciales mantienen su obligación de comunicar a la Comisión la información completa, veraz y ajustada, sobre las características físicas del centro y la situación de su personal y residentes, con la periodicidad y a través del medio que indique la Comisión.

Los centros residenciales informarán a la Comisión con la mayor antelación posible de las personas (trabajadoras o residentes) que se incorporen a las residencias, para que se proceda a su vacunación si no están vacunadas y, si estuvieran indicadas, a las pruebas diagnósticas pertinentes⁶.

⁶ Ver apartados 3 y 5

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

Ante un brote, cada centro residencial debe informar a la Comisión de su departamento de salud, con la periodicidad que se determine, al menos de los residentes de las diferentes cohortes⁷, los fallecidos casos confirmados y sin confirmar con síntomas compatibles, los fallecidos totales y los trabajadores casos confirmados activos y con sintomatología compatible.

Se unificará la información a remitir desde los centros residenciales a la CSUSP y a la VICIPI, facilitando en lo posible su recogida por medios telemáticos.

1.4. PLAN DE CONTINGENCIA DEL DEPARTAMENTO PARA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A COVID-19 EN CENTROS RESIDENCIALES

Revisados los Planes de contingencia de cada centro⁸, la Comisión deberá elaborar un Plan de contingencia del departamento para prevención y atención a la COVID-19 en centros residenciales. Las medidas previstas en el Plan de departamento tendrán en cuenta:

- vulnerabilidad a la infección de los residentes (edad, comorbilidad, etc.)
- si es un centro con vacunación completa⁹ (más del 95%), con alta cobertura de vacunación (más del 80%) o con baja cobertura
- susceptibilidad a la infección de residentes y trabajadores según la inmunidad adquirida
- condiciones estructurales de los centros para la sectorización:
 - en unidades de convivencia estables que faciliten el desarrollo de las prestaciones residenciales y la trazabilidad de posibles casos
 - en los brotes, por cohortes para el aislamiento preventivo de casos y contactos)
- disponibilidad de profesionales sanitarios propios de los centros residenciales
- transición entre distintos escenarios de riesgo de transmisión comunitaria.

1.5. SUMINISTROS DE MATERIAL DE PROTECCIÓN A LOS CENTROS RESIDENCIALES

El material de protección para los residentes se facilitará por la CSUSP, de acuerdo con la cartera de servicios, en la misma medida que al resto de la población.

Conforme se establezca en la normativa de asistencia farmacéutica, también se facilitará el material necesario para la asistencia sanitaria a los residentes, de mascarillas quirúrgicas, guantes de nitrilo, vinilo o látex y batas quirúrgicas.


El suministro de material de protección para los trabajadores, para llevar a cabo las labores propias de su actividad habitual, es responsabilidad de cada empresa. Sus SPRL deben indicar cuáles son las medidas de protección más adecuadas, de acuerdo con las indicaciones de la autoridad sanitaria, tras evaluar el riesgo de exposición de cada puesto de trabajo.

Cada centro residencial debe contemplar en su plan de contingencia una reserva de material, para al menos cuatro semanas, y una formación específica sobre su uso para nuevas incorporaciones, así como formación continuada para todo el personal. Sin perjuicio de que, si en algún momento se vuelve a producir un desabastecimiento del mercado, la CSUSP intervenga para garantizar el suministro en la medida de lo posible.

⁷ Ver apartado 2.5.IV

⁸ [Resolución de 8 de abril de 2021 de la VICIPI](#)

⁹ Ver Glosario

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

1.6. GRUPO DE TRABAJO DE MEJORA DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN CENTROS RESIDENCIALES

La pandemia de COVID-19 ha mostrado la importancia de la coordinación y del trabajo en equipo entre los dispositivos de atención primaria del lugar donde radica la residencia y los profesionales sanitarios de la residencia, para garantizar la mejor atención y prevenir la COVID-19. Materializar esta forma de trabajo, de forma que perdure a lo largo del tiempo, requiere de modelos de organización diferentes a los existentes hasta ahora.


En todos los departamentos la Comisión creará el grupo de trabajo de mejora de la asistencia sanitaria en centros residenciales:

- Objetivo: Establecer los mecanismos y circuitos de coordinación entre los EAP, UHD, atención hospitalaria del sistema sanitario público valenciano y los equipos sanitarios de las residencias.
- Composición:
 - La persona responsable de la Dirección de Atención Primaria, que la presidirá
 - Profesionales con competencias en materia de:
 - Atención primaria (jefes de zona básica con centros residenciales)
 - Salud pública
 - Hospital a domicilio (UHD)
 - Geriátría o medicina interna
 - Representantes de equipos sanitarios de las residencias
 - Otros, si procede

La propuesta de este grupo de trabajo para la coordinación de la asistencia sanitaria a los residentes, supervisada por la Comisión, debe contemplar:

- la situación de los residentes en cada centro residencial, en cuanto a estado vacunal, nivel de cronicidad (clasificación CRG en SIA-Abucasis), discapacidad, fragilidad, susceptibilidad a COVID-19...
- el soporte continuo por el EAP al que está asignado cada centro residencial, con acceso directo y seguro a las exploraciones complementarias necesarias y a los servicios hospitalarios
- el facultativo de la zona básica de salud donde se ubica el centro residencial que actuará como su referente asistencial para coordinar la atención a los residentes del centro
- el soporte, en situaciones de mayor complejidad, por la UHD y otros servicios cuando se requiera
- los profesionales sanitarios propios del centro residencial
- el diseño del seguimiento compartido de los pacientes crónicos entre los profesionales del EAP y del centro residencial
- la necesidad de compartir información asistencial entre la historia clínica SIA- Abucasis y la historia clínica de las residencias, por medios telemáticos siempre que sea posible, para asegurar la continuidad asistencial
- la formación continuada de los profesionales de los centros residenciales en aspectos de prevención y protección
- la disponibilidad de conexión remota con los centros residenciales para telemedicina, formación de profesionales...


La propuesta de coordinación se comunicará a las direcciones de los centros residenciales.

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

Resumen de actuaciones en centros residenciales¹⁰

| Actuaciones basales | Actuaciones ante un brote |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública • Implementación de medidas de higiene, prevención y control • Definición de estrategias de cribados aleatorios, secuenciales u oportunistas | |
| Medidas de preparación <ul style="list-style-type: none"> • Colaboración con salud pública para el intercambio de información • Es prioritario evitar la introducción del virus en los centros • Implementar todas las recomendaciones contenidas en el plan de contingencia para la situación de ausencia de casos • Aplicación de las recomendaciones de las autoridades sanitarias | Contención intensificada <ul style="list-style-type: none"> • Notificación a salud pública • Evaluación del riesgo • Aislamiento del caso • Cuarentena de contactos • Intensificar las medidas de prevención y control • Búsqueda activa de casos • Restricción del acceso a visitantes • Restricción de las salidas del centro a las personas residentes • Activar los planes de contingencia • Activar la sectorización de los espacios • Valorar la realización de estudios de cribado (PCR) o serología |

¹⁰ Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la Pandemia por COVID-19. Ministerio Sanidad a 16/07/2020. Apartado 4.4.3 “Centros sociales y centros socio-sanitarios residenciales”

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

2.-CRITERIOS DE ACTUACIÓN PARA LA VIGILANCIA ACTIVA DE COVID-19

Todos los centros sociales de carácter residencial serán objeto de vigilancia y seguimiento por parte de la CSUSP respecto a la aparición de casos de COVID-19 y a las medidas adoptadas para su prevención y control, sin perjuicio de las competencias que tengan la propia empresa, la VICIPI, u otras administraciones públicas.

El objetivo de las actuaciones preventivas ante la COVID-19 en las residencias es evitar su propagación entre residentes y trabajadores sin síntomas, para romper la cadena de transmisión y favorecer que el máximo número posible de residencias permanezcan sin brote abierto. A ello se dirigen:

- Las medidas de aislamiento preventivo y separación por cohortes.
- Las medidas de protección e higiene.
- La vacunación de personas residentes y trabajadoras.

Los residentes que cumplan criterios clínicos de ingreso hospitalario deberán ser ingresados. Durante el ingreso se procurará el acompañamiento según el protocolo vigente en cada momento y se facilitará la comunicación con sus familiares por vía telemática.

La Comisión procurará la **vacunación** de las personas (residentes o trabajadoras) aún no vacunadas por cualquier contraindicación temporal, y de quienes **se incorporen** a las residencias, solicitando semanalmente las dosis necesarias a vacunas_covid@gva.es:


- Trabajadores. Se recomendará activamente la vacunación a todo el personal de nueva incorporación **a la mayor brevedad**, incluyendo los sustitutos de permisos programados, en el departamento del centro residencial, donde determine la Comisión. En el supuesto de que sea estrictamente necesario incorporarse antes de iniciar la pauta, se programará su vacunación por la Comisión lo antes posible, y deberán extremar las medidas de precaución hasta completarla.
- Residentes. Se programará su vacunación con la anterioridad suficiente, en el centro de salud de su domicilio de origen, siempre que sea posible¹¹.
- Estudiantes en prácticas. **Se recomendará activamente la vacunación a los de nueva incorporación a la mayor brevedad, donde determine la Comisión. En el supuesto de que sea estrictamente necesario incorporarse antes de iniciar la pauta, se programará su vacunación por la Comisión lo antes posible, y deberán extremar las medidas de precaución hasta completarla.**

No se recomienda realizar serologías ni previas ni posteriores a la vacunación para verificar su efectividad.

Se considerará un **centro residencial en el que se ha completado la vacunación** cuando las personas residentes y trabajadoras han recibido una pauta de vacunación completa (la o las dosis necesarias, más el tiempo indicado según la vacuna recibida). También se considera un centro con vacunación completa aunque haya algunas personas (hasta un 5% entre residentes y trabajadores) en quienes la vacuna esté contraindicada, que la han rechazado explícitamente o están completando su vacunación. **Por debajo de esto, se considera un centro con vacunación incompleta.**

Se considerará un **centro residencial con alta cobertura de vacunación** cuando más del 80% de las personas residentes y trabajadoras han recibido una pauta de vacunación completa (la o las dosis necesarias, más el tiempo indicado según la vacuna recibida). Por debajo de esto, es un **centro con baja cobertura de vacunación.**

¹¹ Ver apartado 5.

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

2.1.- MEDIDAS ANTE TRANSMISIÓN COMUNITARIA EN EL ENTORNO LOCAL DE LAS RESIDENCIAS

Ante situaciones de transmisión comunitaria esporádica y comunitaria no controlada en el entorno local, la escalada de medidas podrá incluir restricciones de visitas, salidas o cambios organizativos¹²: En la Comunitat Valenciana (CV) se valora semanalmente, según la situación epidemiológica del entorno local, el establecimiento de medidas adicionales de restricción temporal de movilidad para centros residenciales de personas mayores (y sus centros de día anexos, integrados físicamente) y personas con discapacidad. Los criterios empleados son los acordados para el sistema nacional de salud¹³.

La situación de nivel de alerta de cada territorio se comunica a las comisiones de departamento para aplicar las medidas correspondientes según la normativa¹⁴.

2.2.- DEFINICIÓN DE BROTE EN CENTROS RESIDENCIALES

La declaración de un brote por COVID-19 la realiza el centro de salud pública correspondiente cuando aparece al menos **un caso confirmado activo** en una residencia de personas mayores o con discapacidad, bien en un residente o bien en un trabajador que haya permanecido en el centro en el periodo de contagiosidad (2 días antes del inicio de síntomas o la prueba diagnóstica de infección activa -PDIA- positiva) sin EPI apropiado, valorado por el SPRL. Si hay dudas, se consultará a la Comisión.

La aparición de un caso sospechoso implica la declaración urgente a salud pública, al teléfono y correo electrónico de contacto establecido por la Comisión. Si existe algún caso pendiente de toma de muestra o de resultado de una prueba para identificar COVID-19, se considera **sospecha de brote**.

La Comisión estudiará la situación de los centros residenciales de su ámbito con brote, con la periodicidad que se establezca, e informará a la CSUSP.

2.3.- GRADOS DE VIGILANCIA

Se establecen tres NIVELES progresivos de vigilancia. En cada uno se adoptarán las medidas necesarias de control y tratamiento de la epidemia, atendiendo a los principios de necesidad y proporcionalidad.


1. Residencia en **VIGILANCIA DE CONTROL SANITARIO GRADO 0 (G0)**

- No existe ningún caso confirmado activo de infección por COVID-19 ni en residentes ni en trabajadores.
- Los departamentos de salud y la VICIPI realizan vigilancia y seguimiento, así como las inspecciones necesarias, para controlar que las medidas de protección y aislamiento que se adoptan son adecuadas y para detectar posibles casos.

¹² Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la Pandemia por COVID-19. Ministerio Sanidad 16/07/2020. Apartado 4.4.3 Centros sociales y centros socio-sanitarios residenciales

¹³ Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

¹⁴ Ver Glosario

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |


2. Residencia en **VIGILANCIA ACTIVA DE CONTROL SANITARIO GRADO 1 (G1)**

- Se pone en marcha ante un brote de infección de COVID-19 por la aparición de uno o varios casos confirmados activos en residentes o trabajadores.
- El centro de salud pública realiza el estudio epidemiológico.
- La Comisión designa un empleado público sanitario, coordinador de la asistencia sanitaria y referente para la residencia, en un plazo no superior a 24 horas desde la declaración del brote, que garantizará que se han adoptado las medidas de aislamiento y cuarentena de pacientes, limpieza, coordinación para el diagnóstico, seguimiento y, en su caso, derivación de los residentes.
- Se recomienda realizar una visita de vigilancia y control al centro en que se ha declarado un brote a su inicio y, si se considera conveniente, visitas de seguimiento.
- En una residencia en vigilancia G1, la estructura, organización y dotación deben permitir el aislamiento preventivo adecuado de casos y contactos.
- El departamento de salud vigila la evolución de los casos positivos y de la situación epidémica, en colaboración con los recursos sanitarios y el SPRL de la residencia.
- Se realiza vigilancia activa por profesionales sanitarios del departamento (salud pública, UHD, médicos de familia, inspección), presencial o no; se recoge información y se plantean medidas organizativas, de prevención y aislamiento, SIN incorporar ningún personal sanitario del sistema sanitario público a la residencia.
- La Comisión comunica por escrito al centro residencial las medidas a adoptar hasta el cierre del brote (subsanción de déficit de personal¹⁵, separación de residentes en cohortes, limitación de visitas y salidas según la cohorte, formación de profesionales, etc.). Envía copia a la CSUSP, que a su vez la remitirá a la VICIPI.

3. Residencia en **VIGILANCIA ACTIVA DE CONTROL SANITARIO GRADO 2 (G2)**

- Una vez aplicadas las medidas del grado 1 (G1), si la situación de la epidemia en la residencia evoluciona en gravedad (casos graves, fallecidos) y/o la Comisión determina que existen problemas organizativos que afectan a la asistencia sanitaria, se planteará la vigilancia activa de control sanitario grado 2 (G2) que conlleva la intervención del centro.
- La CSUSP asume a partir de este momento el control de la asistencia sanitaria.
- Las medidas de intervención estarán dirigidas exclusivamente a la adecuada atención sanitaria de los residentes y podrán conllevar en algunas situaciones, si así lo considera la Comisión:
 - Que profesionales del sistema sanitario público del departamento (EAP al que está adscrita la residencia, UHD) o, si es posible, con contrataciones específicas, se incorporen al control de la residencia junto al equipo de profesionales sanitarios que desarrolla su trabajo en ella.
 - La adopción de las medidas oportunas para modificar la capacidad u organización de los centros residenciales y poner en marcha nuevos centros.
- La Comisión designará un profesional empleado público como coordinador de la asistencia sanitaria, si no lo está, que garantizará que se han adoptado las medidas de aislamiento y cuarentena de pacientes, limpieza, coordinación para el diagnóstico, seguimiento y, en su caso, derivación de los residentes.

¹⁵ Si hay imposibilidad del centro residencial para disponer de más personal, deberá justificarlo documentalmente.

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

La inclusión de una residencia en vigilancia activa G1 y G2 conllevará la apertura de un EXPEDIENTE por parte de la Comisión, que se completará una vez cerrado el brote y finalizada la vigilancia activa.

2.4.- PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECIMIENTO DE VIGILANCIA ACTIVA G1 Y G2

Una vez finalizado el estado de alarma, corresponde a la CSUSP, como autoridad sanitaria competente en el ámbito de la CV, adoptar las medidas oportunas para el control de esta enfermedad.

Ante la aparición de un brote, el gerente del departamento, a propuesta de la Comisión, solicitará a la DGSPA el establecimiento de vigilancia activa de control sanitario de la residencia.

Para establecer la vigilancia activa de control sanitario, G1 o G2, la DGSPA emitirá una Resolución que establecerá:

- El grado de vigilancia activa de control sanitario.
- El profesional empleado público designado como responsable.
- El tipo de medidas a adoptar.

La Resolución de la DGSPA se comunicará de inmediato a la dirección de la residencia por parte de la Comisión.

La DGSPA lo comunicará a la VICIPI.

2.5.- MEDIDAS A ADOPTAR EN VIGILANCIA ACTIVA G1 O G2

En el momento en que detecta entre los residentes un CASO SOSPECHOSO¹⁶ o un CASO CONFIRMADO CON INFECCIÓN ACTIVA de COVID-19:

I. *La Comisión:*


- Indicará al centro residencial las medidas de prevención, protección y control de la infección a tomar y movilizará recursos dependiendo de la situación, en coordinación con los profesionales sanitarios y el SPRL de la residencia.
- Asegurará el estudio epidemiológico, organizará la toma de muestras y facilitará, si es necesario, la dotación de mascarillas y otros medios de protección para residentes.
- Informará diariamente a la DGAS y a la DGSPA de los casos declarados en cada residencia de su departamento y de las medidas adoptadas.

II. *La dirección del centro residencial:*

Contactará con los teléfonos que le ha facilitado la Comisión y:

- Procederá inmediatamente al AISLAMIENTO DEL CASO en el centro.
- Ante un residente con síntomas respiratorios agudos, si requiere ATENCIÓN URGENTE (está en situación clínica de gravedad o se prevé una evolución clínica desfavorable) se llamará al 112 para valorar la posibilidad de ingreso hospitalario u otras medidas, informando que es caso sospechoso de COVID-19.

¹⁶ Si el caso se descarta, el brote no se declara, y finaliza el aislamiento preventivo de casos y contactos.


| | | |
|---|---|-----------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

- Los residentes con infección respiratoria aguda leve o con infección confirmada activa por COVID-19 serán aislados del resto de residentes en el centro, de forma individual o por cohortes (C o D)¹⁷.
- Comunicará la situación a los familiares del residente caso.
- Identificará a los residentes CONTACTOS ESTRECHOS del caso (en general, las personas de su misma unidad de convivencia)¹⁸.
- El régimen de VISITAS Y SALIDAS DEL RESTO de residentes se mantendrá con NORMALIDAD según el nivel de alerta, SALVO para quienes estén en AISLAMIENTO PREVENTIVO¹⁹. Todo ello se comunicará a los familiares.
- Asignará al personal que atiende a los residentes de forma fija a cada cohorte. Si no es posible, se deberán extremar las medidas de prevención y protección entre una y otra y mantener la trazabilidad. Esta medida debe continuar al menos hasta el cierre del brote.
- Durante el tiempo que dure el brote, el personal que no es contacto estrecho, si debe trabajar en otro lugar (por ejemplo, en otra residencia) deberá extremar las medidas de prevención y protección entre uno y otro.
- Designará a una persona responsable del brote, que lleve un registro de los casos y se encargue de la comunicación con la Comisión.
- Reforzaré la formación de los trabajadores en prevención y protección.
- Proporcionará los medios de protección necesarios a sus trabajadores, incluyendo los EPI, de conformidad con la normativa de prevención de riesgos laborales.
- El SPRL de la residencia realizará el seguimiento de los trabajadores.
- **Para las personas en AISLAMIENTO PREVENTIVO (en habitación o de cohorte):**
 - Se mantendrán suspendidas todas las VISITAS sin vinculación profesional a los centros a no ser que sea estrictamente necesario. Se permitirán visitas, aplicando las medidas de protección recomendadas, en las situaciones excepcionales de fallecimiento inminente y para el alivio de la descompensación neurocognitiva de la persona residente cuando así lo considere el equipo asistencial. En ningún caso se permitirá la entrada a personas con síntomas respiratorios o fiebre.
 - Se mantendrán y promoverán los CONTACTOS CON FAMILIARES mediante llamadas telefónicas y videollamadas a todas las personas residentes. Podrán autorizar el acercamiento de familiares con cita previa para contacto visual, siempre que pueda realizarse garantizando las medidas de seguridad sin entrar en el edificio, sin contacto físico y a través de mamparas, cristales u otras barreras físicas similares.
 - Se suspenderán las SALIDAS y las BAJAS, salvo las situaciones excepcionales contempladas en el presente documento y las estrictamente necesarias por razones sanitarias, aplicando las medidas de protección recomendadas y con la autorización de la Comisión.

¹⁷ Ver apartado 2.5.IV

¹⁸ Ver apartado 3.1 y 3.2 para indicaciones de aislamiento preventivo

¹⁹ Si el caso se descarta, el brote no se declara, y finaliza el aislamiento preventivo de casos y contactos.

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

– Las personas que NO estén en AISLAMIENTO PREVENTIVO (en habitación o de cohorte):

- Podrán realizar salidas. También darse de baja, lo que requerirá previa autorización de la Comisión. De forma general estas salidas no requerirán PDIA a la salida ni al reingreso. Al reingreso se mantendrá una vigilancia activa de síntomas y se extremarán las medidas de prevención, procediendo ante cualquier síntoma sospechoso de COVID-19 a aislamiento preventivo y PDIA inmediata.
- Las salidas no requerirán pruebas diagnósticas ni cuarentena adicional posterior. Si existe una duda razonable de que durante la salida se haya podido producir una exposición a la COVID-19 y no se hayan cumplido las recomendaciones preventivas, se procederá al aislamiento preventivo del residente y se consultará a la Comisión sobre el procedimiento a seguir.
- El régimen de visitas de los residentes que no están en aislamiento preventivo se mantendrá en general con normalidad, si bien podrá adaptarse tras una valoración de la vacunación del centro y de la situación epidemiológica por parte de la Comisión.

– NO se permitirán INGRESOS durante el brote.

III. *Los profesionales del servicio sanitario público que participan en la vigilancia:*


- Establecerán las medidas necesarias a adoptar en materia de recursos humanos, materiales y de medidas de prevención y formación de trabajadores.
- Comprobarán que dispone del plan de contingencia del centro residencial ante COVID-19, del que solicitarán copia.
- Comprobarán que se cumple el régimen de visitas y salidas establecido para cada cohorte.
- Recordarán al centro la obligación de adoptar las medidas de protección y prevención insistiendo especialmente en que:
 - Todo residente con o sin sintomatología respiratoria que vaya a ser atendido por un trabajador debe ser provisto de una mascarilla quirúrgica.
 - El personal que atiende directamente a los residentes se pondrá mascarilla quirúrgica y otros elementos de protección adecuados a la labor a realizar²⁰.
 - El personal que atienda a pacientes casos de COVID-19 deberá utilizar el EPI correspondiente a su nivel de riesgo.
- Prestarán el asesoramiento que se requiera a los profesionales sanitarios propios del centro residencial.

IV. *Sectorización por cohortes en unidades de convivencia estables*

Se sectorizará por cohortes en unidades de convivencia estables que faciliten las prestaciones residenciales y la trazabilidad de posibles casos. Se protegerá especialmente a los residentes no vacunados en cuarentena, situándolos en habitación individual. Los residentes que no estén en aislamiento preventivo (en habitación o por cohorte) podrán utilizar los espacios comunes.

La sectorización debe abarcar tanto a residentes como a personal del centro, que se reasignará de forma fija a un sector siempre que sea posible.

²⁰ Ver anexo II

| | | |
|---|---|-----------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

Las cohortes de residentes en un **centro con vacunación completa** serán las siguientes:

| | | AISLAMIENTO PREVENTIVO ²¹ | VISITAS Y SALIDAS |
|-----------|---|--|--|
| A | NO CONTACTO ESTRECHO Y NO SÍNTOMAS O INFECCIÓN 180 días anteriores | NO <i>No vacunados, en habitación individual si es posible</i> | Se mantienen |
| B1 | CONTACTO ESTRECHO VACUNADOS | NO <i>Sin contacto con no vacunados</i> | <i>Se mantienen con personas vacunadas</i> |
| B2 | CONTACTO ESTRECHO NO VACUNADOS | En habitación, individual si es posible, 10 días | NO |
| C | SÍNTOMAS | En habitación individual, hasta resultado de la prueba | NO |
| D | CASO CONFIRMADO ACTIVO | En habitación, individual si es posible, 14 días | NO |

- tipo **A**: SIN CONTACTO ESTRECHO NI SÍNTOMAS de sospecha de COVID-19, vacunados o no si es un **centro con vacunación completa**. Se incluyen aquí los residentes con INFECCIÓN CONFIRMADA POR SARS-CoV2 en los 180 días anteriores a la declaración del brote. **NO** está indicado el AISLAMIENTO PREVENTIVO. *Los no vacunados estarán en habitación individual si es posible.*
- tipo **B1**: CONTACTOS ESTRECHOS VACUNADOS. En unidad de convivencia estable, con uso de espacios comunes compartidos. *Sin contacto con no vacunados. Se mantienen visitas con personas vacunadas y salidas.*
- tipo **B2**: CONTACTOS ESTRECHOS NO VACUNADOS. En aislamiento preventivo inverso (CUARENTENA), en habitación individual si es posible, durante 10 días. Transcurridos estos, se deben incorporar a la cohorte A, recuperando visitas y salidas.
- tipo **C**: CON SÍNTOMAS, vacunados o no. En AISLAMIENTO, siempre en habitación individual, hasta el resultado de la prueba, tras el cual irá a la cohorte que corresponda.
- tipo **D**: CASOS CONFIRMADOS ACTIVOS. En AISLAMIENTO en habitación, individual si es posible, o con otro caso confirmado, hasta 14 días desde el inicio de los síntomas y 3 días sin síntomas. Después, se deben incorporar a la cohorte A, recuperando visitas y salidas.

En un **centro con vacunación incompleta**, las personas **NO CONTACTO ESTRECHO Y NO SÍNTOMAS** se separarán en dos cohortes²²:


- A1-VACUNADOS O INFECCIÓN CONFIRMADA EN 180 DÍAS ANTERIORES. Visitas y salidas como A.
- A2 -NO VACUNADOS. Sin visitas ni salidas. En habitación individual si es posible.

El resto de cohortes (B1, B2, C y D) son las ya descritas.

| CENTRO CON VACUNACIÓN INCOMPLETA | | | |
|----------------------------------|---|--|---------------------|
| | | AISLAMIENTO PREVENTIVO | VISITAS Y SALIDAS |
| A1 | NO CONTACTO ESTRECHO Y NO SÍNTOMAS VACUNADOS O INFECCIÓN 180 días anteriores | NO <i>Sin contacto con no vacunados</i> | Se mantienen |
| A2 | NO VACUNADOS | NO <i>En habitación individual si es posible</i> | NO |

²¹ Ver apartado 3

²² Si no fuera posible separar en A1 y A2, se suspenderán visitas y salidas de la cohorte A.

| | | |
|---|---|-----------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

2.6.- AUTORIZACIÓN DE BAJA VOLUNTARIA. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTO

En la situación actual de la pandemia, para autorizar una baja temporal de un residente que se traslada a un domicilio, previa solicitud expresa de su familiar o tutor legal, deberán evaluarse las condiciones respecto a COVID-19 del centro de origen, de la persona residente, en particular su estado vacunal, y del domicilio de destino.

Cuando el centro residencial no tiene NINGÚN BROTE ABIERTO en la fecha de la valoración²³, la baja voluntaria no requiere autorización sanitaria.

Cuando el centro tiene un BROTE ABIERTO o existe algún caso pendiente de resultado de pruebas, se podrá autorizar la baja para traslado únicamente si los responsables de salud pública del departamento del centro residencial confirman que la persona solicitante no esté en aislamiento preventivo (cohorte A) y cumple alguno de los supuestos siguientes:

- Ha tenido una infección confirmada por SARS-CoV-2 en los 180 días anteriores²⁴.
- Está vacunada con pauta completa. La baja no requiere PCR ni aislamiento.
- Si la persona no está vacunada con pauta completa, si es asintomática y no es contacto estrecho, con una PCR con resultado negativo se podrá autorizar el traslado.

Siempre que se autorice una baja de una residencia con brote abierto para traslado a un domicilio, se ofrecerán las recomendaciones higiénicas sanitarias correspondientes a la situación concreta del solicitante. Además, deberá asumir las recomendaciones establecidas para la población de su rango de edad y las indicaciones generales vigentes en cada momento.


La tramitación de las pruebas diagnósticas para valorar el estado del residente frente a la infección por COVID-19 se realizará a través de la Comisión.

- La petición de baja voluntaria se realizará a través de la dirección del centro residencial.
- El/la profesional sanitario/a responsable de la salud de la persona solicitante valorará si su situación clínica en ese momento permite la salida.
- La dirección de la residencia hará llegar la petición al profesional empleado público designado como responsable de la vigilancia activa de control sanitario.
- El responsable de la vigilancia, en coordinación con el centro de salud pública, comprobará si la residencia tiene o no un brote abierto y la situación de la persona respecto a la enfermedad (síntomas, caso, contacto estrecho...) y la vacunación.
- El responsable de la vigilancia remitirá la respuesta a:
 - La DGSPA, acompañada de información sobre la residencia, específicamente si tiene o no un brote de COVID-19 (información de número de casos y contactos y fecha de inicio de síntomas del último caso), y sobre la persona solicitante.
 - La dirección de la residencia respecto a su petición.

Las condiciones de reingreso tras una baja voluntaria se ajustarán a la normativa de la VICIPI y a los criterios marcados en el apartado 5.

²³ Ver apartados "Definición de brote" y "Cierre de brote"

²⁴ Ver anexo I. "Caso confirmado con infección activa"

| | | |
|---|---|--|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

2.7.- CIERRE DEL BROTE

El brote de COVID-19 se dará por cerrado:


- En el supuesto de que el último caso confirmado activo sea uno de los residentes:
 - Si se mantiene en la residencia se considera que deben pasar dos veces el periodo máximo de incubación de la enfermedad (28 días) para asegurar que se ha interrumpido la cadena de transmisión. Estos 28 días deben contabilizarse desde el inicio de síntomas (o de la PCR si era asintomático) del último caso detectado en la residencia.
 - Si está hospitalizado, este periodo se limitará a 14 días.
- En el supuesto de que el último caso confirmado activo sea del personal del centro y haya sido aislado fuera de la residencia, se deben haber cumplido 14 días desde su aislamiento.

El cierre de brote se comunicará desde la DGSPA a la DGAS y a la Comisión del departamento correspondiente. La Comisión lo comunicará de forma inmediata al centro residencial.

El cierre del brote supondrá la desaparición de la vigilancia activa G1 o G2 y la consideración de la residencia en vigilancia de control sanitario G0.

La Comisión solicitará a la DGSPA el cese de la vigilancia activa (G1 o G2) mediante el formulario del anexo IV. La DGSPA emitirá una **Resolución de cese de la vigilancia activa de control sanitario** y su comunicación a la Comisión de control de centros residenciales del departamento y a los centros directivos.

El cierre de **CADA BROTE** de COVID-19 conllevará la elaboración de un **EXPEDIENTE** por parte de la Comisión, que incluirá un informe para la DGAS y la DGSPA, con el contenido descrito en el anexo IV.

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |


3.- IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE CASOS Y CONTACTOS EN CENTROS RESIDENCIALES

El personal del centro debe estar alerta de manera continua a la aparición de un cuadro clínico de infección respiratoria aguda o fiebre en residentes y trabajadores, de cualquier gravedad.

INDICACIONES DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN EL ESCENARIO ACTUAL

| | SE DEBEN REALIZAR PRUEBAS | | NO SE DEBEN REALIZAR PRUEBAS |
|---|--|---|---|
| A personas residentes o trabajadoras | -con cuadro clínico de infección respiratoria aguda, en residencias de mayores (en época de gripe PCR COVID y gripe) -con cuadro clínico de infección respiratoria aguda , en el resto de centros residenciales -con contacto de alto riesgo | PRDA (si (-), PCR) PRDA PCR | - vacunadas con pauta completa, salvo contactos estrechos con caso y trabajadores según el nivel de alerta (ver en la tabla más abajo) - residentes-sintomáticas con una infección confirmada por SARS-CoV2 (por PDIA: PCR o PRDA) en los 90 días anteriores -en un cribado no indicado por salud pública NO REQUIEREN AISLAMIENTO |
| A personas residentes NO VACUNADAS | -para baja voluntaria durante un brote si no es contacto estrecho -si el nivel de alerta es 2-3: antes del ingreso y reingreso en residencias con baja cobertura de vacunación de personas mayores y con discapacidad , con 72 h de antelación máxima -en algunas salidas ²⁵ | PRDA PCR PCR | -tras salidas sin pernoctación con compromiso del acompañante de adoptar todas las medidas preventivas, salvo contacto estrecho con un caso - estancias en un centro sanitario <12 h por motivo NO COVID -en personas que ingresen en el sistema de protección, residencias socioeducativas y hogares de emancipación NO REQUIEREN AISLAMIENTO |
| A personas trabajadoras NO VACUNADAS | -en residencias de personas mayores y con discapacidad y centros de día anexos, 2 veces por semana | PRDA | -en centros de día no anexos a residencias de personas mayores y con discapacidad -en viviendas tuteladas |
| A personas trabajadoras VACUNADAS | -si el nivel de alerta es 2-3: cada 2 semanas, al regreso de permisos y vacaciones, y nuevas que se incorporen | PRDA | -en hogares y residencias del sistema de protección, residencias socioeducativas y hogares de emancipación -en centros residenciales y centros de día de tratamiento de las adicciones |

²⁵ Apartado 5. "Criterios sanitarios para aislamiento y pruebas ante ingresos y salidas"

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

RECOGIDA DE INFORMACIÓN SOBRE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN CASOS Y CONTACTOS

En la historia clínica electrónica del paciente (SIA), **al realizar una PDIA ante una sospecha de caso o contacto**, se deberá:

- Cumplimentar la HOJA CASO COVID-19 o la HOJA CONTACTO, según proceda.
- Reflejar la evolución del paciente a lo largo de todo el seguimiento hasta el fin del aislamiento.

La recogida de información en la historia clínica SIA debe hacerse por:

- Los profesionales sanitarios del propio centro residencial, si tiene acceso a SIA.

Los profesionales del sistema sanitario público designados por la Comisión, si el centro no tiene acceso a SIA.

Los resultados de las pruebas que se realicen en el sector privado deben registrarse en Covidlab (laboratorio) o en Covidreg (facultativo).

La información del resultado de las pruebas diagnósticas se facilitará en 24-48 horas a la persona interesada y a la dirección de la residencia para que proceda a la reorganización del centro.

RECOGIDA DE INFORMACIÓN SOBRE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS SIN BROTE


Las PRDA realizadas en centros residenciales a trabajadores y residentes asintomáticos fuera del contexto de un brote (por ingresos, prevención del riesgo en trabajadores) deben registrarse en un archivo tipo excel.

El registro incluirá:

- Identificación de la persona
- Fecha de realización de la prueba
- Tipo de prueba
- Resultado

La dirección del centro mantendrá este registro a disposición de la Comisión.

Los resultados de estas pruebas no se registrarán en SIA, ya que cualquier resultado positivo se deberá comunicar a la Comisión y corroborar con una PCR.

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

3.1.- SOSPECHA DE CASO

En las residencias de personas mayores:

- A cualquier caso sospechoso²⁶ de COVID-19, esté o no vacunado, se le realizará, en las primeras 24 horas de aparición de los síntomas, una prueba rápida de detección de antígenos (PRDA) para agilizar la confirmación o PRDA/PCR según disponibilidad, salvo en época de circulación de gripe, en que se hará una PCR conjunta para SARS-CoV-2 e influenza²⁷. Se considerará descartar virus respiratorio sincitial.
- Si la PRDA es negativa, se le realizará PCR.

En otros centros residenciales, a todo caso con cuadro clínico sospechoso de COVID-19, esté o no vacunado, se le realizará una PRDA en las primeras 24 horas de aparición de los síntomas.

Se acompañará a la persona residente inmediatamente al área asignada para los residentes tipo C, en aislamiento siempre individual hasta el resultado de la prueba. El personal que le traslade llevará mascarilla quirúrgica. Se avisará al personal sanitario del centro.

Si la prueba resulta negativa para COVID-19 (o, con PCR conjunta, positiva para gripe), es **caso descartado**, salvo que haya una alta sospecha clínico-epidemiológica.

Si la prueba es positiva, se considera **caso confirmado activo**. Si no requiere ingreso hospitalario, se le indicará **aislamiento en el centro** (cohorte D). Se procederá a la búsqueda de **contactos estrechos**.

- Si el caso es una persona residente, el aislamiento se mantendrá hasta **transcurridos 3 días** desde la resolución del cuadro clínico con un mínimo de **14 días** desde el **inicio de los síntomas**.
- Si el caso es una persona trabajadora, el aislamiento se manejará igual que con la población general. Además de la resolución de los síntomas al menos 3 días antes y un mínimo de **10 días** desde el **inicio de síntomas**, para la reincorporación al puesto de trabajo será necesaria una prueba diagnóstica que indique ausencia de transmisibilidad, sea una determinación positiva de IgG por una técnica de alto rendimiento o una PCR negativa, o positiva con umbral de ciclos (Ct) elevado²⁸. Esta PCR se podrá realizar el día 7 desde el inicio de síntomas.

El seguimiento y el alta de los residentes serán supervisados por el equipo sanitario a cargo de la vigilancia en el centro residencial.


Los casos que han requerido **ingreso hospitalario** podrán recibir el alta hospitalaria si su situación clínica lo permite, aunque su PCR siga siendo positiva, pero se deberá mantener aislamiento domiciliario en la residencia con monitorización de su situación clínica al menos 14 días desde el inicio de síntomas, que se alargarán a 21 días si hay enfermedad grave o inmunodepresión. A partir de este periodo, siempre bajo criterio clínico, se podrá finalizar el aislamiento si han transcurrido 3 días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico. El aislamiento de los residentes se realizará en una ubicación que evite el riesgo a otros residentes:

- Se podrá autorizar el ingreso en otros centros residenciales (de personas con discapacidad, con adicciones o menores de edad) en aislamiento, extremando las medidas de precaución.
- Se monitorizará su situación clínica al menos 10 días desde el alta hospitalaria, después de los cuales finalizará el aislamiento siempre que hayan transcurrido 3 días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico.

²⁶ Ver definición de caso sospechoso en el Glosario

²⁷ Ver indicaciones de PCR conjunta SARS-CoV2 e influenza en "Casos y contactos Identificación..."

²⁸ Según la evidencia científica disponible se asume que un umbral de ciclos Ct>30-35 equivaldría a una carga viral sin capacidad infectiva. Sin embargo, este criterio debe ser validado por el laboratorio responsable en cada caso (Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de covid-19)

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

3.2.-ACTUACIÓN ANTE CONTACTOS EN RESIDENCIAS CON BROTE

Ante un caso confirmado con infección activa en un centro residencial, se identificará a los contactos estrechos y los residentes se clasificarán en cohortes²⁹.

Los residentes y trabajadores que hayan tenido una **infección confirmada** por SARS-CoV2 (por PDIA: PCR o PRDA) en los **180 días anteriores** no requieren pruebas diagnósticas ni cuarentena. Tampoco requerirán cuarentena las personas vacunadas con pauta completa que no sean contactos estrechos³⁰.

Estudio mediante PCR en el momento de identificar el caso:

- En centros con VACUNACIÓN COMPLETA, se realizará **PCR** solo a los contactos estrechos (residentes y trabajadores, estén vacunados o no) y a los trabajadores no vacunados (aunque no sean contacto estrecho).
- En centros con VACUNACIÓN INCOMPLETA, **PCR** solo a los residentes contactos estrechos y a todos los trabajadores (contactos estrechos o no, vacunados o no)³¹, con el objetivo de detectar precozmente nuevos casos positivos, con los cuales se seguirá la pauta de actuaciones descrita.

Las personas residentes con prueba PCR:

- Residentes no vacunados (grupo B2). AISLAMIENTO INVERSO en habitación individual hasta el resultado de la prueba. Si la PCR es negativa, se mantendrá el aislamiento hasta 10 días del contacto, tras lo que pasarán al grupo A³².
- Residentes vacunados (grupo B1). estarán exentos de cuarentena. Se evitará el contacto con residentes no vacunados. Si la PCR es negativa, podrán utilizar espacios comunes y se mantendrán visitas con personas vacunadas y salidas. Asimismo, se les indicará el uso de mascarilla en sus interacciones sociales, no acudir a eventos multitudinarios y realizar una vigilancia de la posible aparición de síntomas compatibles; si estos aparecieran, serán considerados casos sospechosos.

El resto de residentes mantendrán la movilidad que corresponda a su cohorte.

Tras la PCR³³:

- Si el resultado es positivo, se considera caso confirmado activo. AISLAMIENTO, con vigilancia activa de la aparición de síntomas, hasta 14 días desde la toma de muestra, siempre que en los 3 últimos días no haya tenido síntomas.
- Si es negativo, los contactos estrechos no vacunados se mantienen en vigilancia activa y cuarentena de 10 días. Se realizará una nueva PCR el día 7 a los contactos estrechos, vacunados o no. Concluida la cuarentena, se levantará el aislamiento individual y se mantendrá la vigilancia de síntomas 4 días más.


²⁹ Ver apartado 2.5.IV

³⁰ [Ver Definición y clasificación de los contactos en Anexo I.](#)

³¹ Se excluyen únicamente residentes o trabajadores que no han estado en la residencia en los 2 días anteriores a la identificación del caso

³² [A1 o A2 en centros sin vacunación completa](#)

³³ [Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19.](#)

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

A los **contactos estrechos residentes:**

- Se realizará una vigilancia activa en busca de síntomas respiratorios que incluirá medir y anotar la temperatura dos veces al día (mañana y final de la tarde). Debe evitarse la toma de antitérmicos sin supervisión médica para no retrasar la detección de la fiebre.
- Se reforzará la higiene de manos y respiratoria (lavado de manos frecuente y después de toser, estornudar y tocar pañuelos o superficies potencialmente contaminadas).
- Ante síntomas (fiebre, tos, dificultad respiratoria, malestar general...) se considerará caso sospechoso, iniciando aislamiento, búsqueda de sus contactos y PCR.

Al finalizar el periodo de aislamiento preventivo de las personas residentes casos y contactos estrechos **no vacunados**, se incorporarán:


- En centros con vacunación completa, a la cohorte A.
- En centros con vacunación incompleta, a la cohorte A2 los no vacunados³⁴.

A las personas **trabajadoras**³⁵:

- Si el contacto ha sido en el ámbito laboral, su SPRL debe evaluar si es un contacto estrecho:
 - Si el SPRL no lo considera contacto estrecho, indicará actividad normal.
 - Si el SPRL lo considera contacto estrecho por exposición de riesgo sin haber utilizado las medidas de protección adecuadas y no tiene vacunación completa, informará al centro de salud pública, que confirmará la procedencia de la cuarentena domiciliaria.
 - Si el SPRL lo considera contacto estrecho con vacunación completa o infección en los últimos 180 días, estarán exentas de la cuarentena y deben utilizar los EPI adecuados siguiendo lo establecido en el *Procedimiento para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2*. Asimismo, se les indicará el uso de mascarilla en sus interacciones sociales, no acudir a eventos multitudinarios y realizar una vigilancia de la posible aparición de síntomas compatibles; si estos aparecieran, serán considerados casos sospechosos. Se procurará que no realicen atención directa a residentes no vacunados de grupos B2 y A o A2.
- Si el contacto fuera social o familiar, tras la evaluación por parte de salud pública las actuaciones que proceden son:
 - Si es contacto estrecho con vacunación completa o han pasado la infección en los últimos 180 días, estarán exentas de la cuarentena y deben utilizar los EPI adecuados, siguiendo el *Procedimiento para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2*. Asimismo, se les indicará el uso de mascarilla en sus interacciones sociales, no acudir a eventos multitudinarios y realizar vigilancia de la posible aparición de síntomas compatibles; si estos aparecieran, serán considerados casos sospechosos. Se procurará que no realicen atención directa a residentes no vacunados de los grupos B2 y A o A2.
 - Si es contacto estrecho sin vacunación completa, cuarentena domiciliaria.
- La PCR a personas trabajadoras al inicio del brote se realizará:
 - En un centro con vacunación completa, a los trabajadores en activo que sean contactos estrechos y, del resto de trabajadores, a los no vacunados.
 - En un centro con vacunación incompleta, a todos los trabajadores.

³⁴ Ver apartado 2.5.IV

³⁵ Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19

| | | |
|---|---|--|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

– Si la PCR es negativa, o contacto estrecho con vacunación completa, se considera no caso y continúa la actividad habitual, salvo contactos estrechos en cuarentena, manteniendo todas las medidas de protección.

– Si es positiva, caso confirmado activo y aislamiento 10 días desde la toma de muestra. Si el día 7 está sin síntomas, se repetirá la PCR:

– Si es negativa, se reincorporará a la actividad habitual a los 10 días.

– Si es positiva, se mantendrá el aislamiento y se repetirá la PCR hasta obtener PCR (-), PCR (+) con Ct >30-35 (carga viral sin capacidad infectiva validada por el laboratorio responsable) o IgG (+).

– **A los trabajadores contactos estrechos (vacunados o no), se realizará PCR a los 7 días tras la última exposición a un caso:**

– Si es negativa, los contactos estrechos no vacunados que estaban en cuarentena se reincorporarán a la actividad habitual a los 10 días del último contacto con el caso.

– Si es positiva, se considera caso confirmado activo y se indica aislamiento y búsqueda de sus contactos. A los 7 días, si sigue sin síntomas, se debe repetir la PCR:

– Si es negativa, los contactos estrechos no vacunados se reincorporarán al trabajo a los 10 días de la toma de muestra.

– Si es positiva, se mantendrá el aislamiento hasta obtener una prueba diagnóstica que indique ausencia de transmisibilidad (PCR (-), PCR (+) con Ct >30-35 -carga viral sin capacidad infectiva validada por el laboratorio responsable- o IgG +).

3.3.- AISLAMIENTO Y SECTORIZACIÓN DURANTE UN BROTE

Se sectorizará por cohortes en unidades de convivencia estables que faciliten las prestaciones residenciales y la trazabilidad de posibles casos.

Los residentes del grupo B1 permanecerán en unidades de convivencia estables donde podrán utilizar las zonas comunes. Se mantendrán sus visitas con personas vacunadas y salidas. Se evitará su contacto con no vacunados.

Los residentes en aislamiento preventivo de los grupos B2, C y D deberán permanecer en una habitación. Esta debe ser individual, en particular para los del grupo C, preferentemente individual para los grupos B2 y D o, si no es posible, donde se pueda garantizar una distancia mínima de 2 metros con el resto de convivientes. La habitación tendrá buena ventilación (preferiblemente al exterior), y la puerta cerrada.


Dispondrán dentro del espacio de aislamiento de:

– Sistema de comunicación para comunicarse con el personal sin necesidad de salir.

– Un cubo de basura con tapa de apertura de pedal y bolsa de plástico con cierre para depositar residuos y objetos desechables.

– Un baño propio si es posible (si no fuera posible, deberá limpiarse con lejía doméstica tras cada uso que haga).

– Utensilios de comida y aseo preferiblemente de uso individual y jabón o solución hidroalcohólica para la higiene de manos.

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

–La ropa personal, ropa de cama, toallas... deberá ser de su uso exclusivo y cambiarse con frecuencia, especialmente si están húmedas.

Se llevará un registro de entrada y salida de las personas que accedan a la habitación o, en el aislamiento de cohorte, al espacio destinado a ello.

En los espacios comunes de su cohorte/sector u otras salidas de la habitación, deberán llevar mascarilla, con higiene de manos antes y después de colocársela

A cada sector solo debe acceder el personal esencial para su atención. Los trabajadores estarán asignados de forma fija a un sector en la medida de lo posible. Las personas no sometidas a aislamiento que accedan a estas estancias se protegerán con los medios adecuados y evitarán la cercanía con los casos. Si deben cuidar a otros residentes no aislados, lo harán antes en su rutina de actividad. Cuando sea posible, se destinará a estas tareas a trabajadores vacunados o que han tenido una infección confirmada por SARS-CoV2 en los 180 días anteriores.


Si las condiciones del centro lo permiten, es preferible la SECTORIZACIÓN vertical o por plantas de las cohortes. Se utilizará para las áreas de ubicación de cada grupo la sectorización de incendios ya definida, salvo que no sea posible por el tamaño de la residencia.

Se asignarán a cada sector, en lo posible, zonas comunes que permitan la deambulaci3n y las actividades cotidianas.

Para atender las necesidades de las personas con deambulaci3n inevitable (por trastorno neurocognitivo o trastorno mental grave) y mantenerlos en la cohorte que les corresponda, evitando la contenci3n mecánica o farmacológica. Las zonas de deambulaci3n estarán identificadas claramente para cada cohorte. Estas zonas deberán ser desinfectadas con especial intensidad y frecuencia. Se procurará que las deambulaciones permitan suficiente separaci3n entre personas y se realizarán con acompañamiento cuando sea necesario.

Se tomarán medidas para **mitigar el impacto del aislamiento prolongado**:

- La sectorizaci3n se extenderá también en lo posible a las zonas comunes para su utilizaci3n por cada cohorte.
- Si es posible se mantendrán las actividades grupales para las cohortes A y B1.
- Se mantendrán paseos diarios fuera de la habitaci3n, en el espacio destinado a su cohorte o al aire libre dentro del recinto, que serán paseos individuales para las cohortes B2, C y D.
- Transcurrido el periodo de aislamiento preventivo individual de los residentes (para casos, 14 días y, para contactos, 10 días) se unirán a la cohorte que corresponde a su nueva situaci3n (A) y se fomentará su ejercicio físico y la exposici3n al aire libre y al sol dentro del recinto (en jardines, terrazas, balcones...).

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

4. PRUEBAS EN RESIDENTES Y TRABAJADORES ASINTOMÁTICOS

A los trabajadores no vacunados de los centros residenciales de personas mayores y con discapacidad y centros de día integrados físicamente en ellos se les realizará una **PRDA 2 veces a la semana y control de temperatura diaria³⁶**, aprovechando los recursos de los centros residenciales (profesionales sanitarios, SPRL...).

A los trabajadores con vacunación completa de los centros residenciales de personas mayores y con discapacidad y centros de día integrados físicamente en ellos, **si el nivel de alerta es alto (2-3)**, se les realizará una **PRDA cada 2 semanas, al regreso de permisos y vacaciones, y a los nuevos que se incorporen** una vez contratados, con 72 horas de antelación como máximo previo a su incorporación al trabajo, **aprovechando los recursos de los centros residenciales. No será necesario realizar estas pruebas en los trabajadores que han tenido infección confirmada en los últimos 90 días**

No se recomienda de forma general llevar a cabo cribados periódicos en residentes ni trabajadores de centros con alta cobertura de vacunación. Se valorará la realización de cribados en los centros residenciales según la situación epidemiológica del territorio o de cada centro.

Estudio de prevalencia en trabajadores de residencias de personas mayores y con diversidad funcional (cribado)³⁷

Se puso en marcha un protocolo específico según las indicaciones de salud pública, desarrollado a través de las Comisiones, con la colaboración de las residencias en toma y transporte de muestras, etc.

El criterio para incluir una residencia se estableció según la situación epidemiológica del municipio y del departamento donde está ubicada. Se marcó como umbral una incidencia acumulada de 500 casos /100.000 habitantes, por considerar que con la prueba disponible este criterio obtiene el mejor equilibrio entre beneficios (verdaderos positivos) y efectos adversos (falsos positivos, que provocan innecesariamente apertura de brotes con aislamiento preventivo y bajas, y falsos negativos, que conllevan falsa sensación de seguridad). Tras la evaluación de los resultados y dada la cobertura actual de vacunación en las residencias, se ha finalizado esta intervención.

Análisis en aguas residuales de SARS-CoV2, en residencias de personas mayores y con diversidad funcional³⁸

Se ha realizado de diciembre de 2020 a marzo de 2021, un análisis en las aguas residuales de residencias de mayores y discapacitados en toda la CV, después de un proyecto piloto en que se estableció la correlación de las mediciones con PCR positiva de trabajadores o residentes. En caso de resultado positivo en la muestra de un centro, se realizaba una PCR a todos los trabajadores y residentes, siempre que el centro estuviera sin brote actual o reciente. Solo se debía aislar a los residentes si el resultado de las PCR era positivo.


En una primera fase se tomaron muestras de todas las residencias, independientemente de si tenían brote o no. Tras evaluarla, se llevó a cabo un seguimiento, con tomas de muestras semanales a partir de enero en las residencias sin brote abierto.

Tras la evaluación de los resultados y dada la cobertura actual de vacunación, se ha finalizado esta intervención. Si en análisis efectuados por entidades distintas de la CSUSP aparece un resultado positivo no se realizarán pruebas diagnósticas, si bien se intensificará la vigilancia de síntomas.

³⁶ *Adaptación de medidas residencias de mayores y otros de carácter residencial en el marco de la vacunación*

³⁷ Estudio de prevalencia de COVID-19 en personal de centros residenciales de personas mayores y con diversidad funcional a 1/12/2020

³⁸ Estudio de prevalencia-aguas residuales de COVID-19 en centros residenciales de personas mayores y con diversidad funcional a 17/12/2020

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

5. CRITERIOS SANITARIOS PARA AISLAMIENTO Y PRUEBAS ANTE INGRESOS, REINGRESOS Y SALIDAS


RECOMENDACIONES ANTE INGRESOS Y REINGRESOS EN UN CENTRO RESIDENCIAL SIN BROTE ABIERTO

En los ingresos y reingresos en un centro residencial sin brote abierto de COVID-19:

- Se garantizará la **vacunación** de los **nuevos ingresos** con anterioridad suficiente siempre que sea posible.
- Para aquellas personas residentes con **ingreso urgente y no vacunados** con anterioridad, se extremarán las medidas de precaución hasta completar la vacunación.
- De forma general **no se realizará PDIA ni aislamiento en los ingresos, salidas o reingresos de residentes vacunados**.
- Quienes hayan tenido una **infección confirmada** por SARS-CoV2 (por PDIA: PCR o PRDA) en los **180 días anteriores no requerirán pruebas ni aislamiento para el ingreso o reingreso**.
- **Solo** se realizará una prueba PCR para el ingreso, con 72 horas de antelación como máximo si es un **CENTRO CON BAJA COBERTURA DE VACUNACIÓN y la persona NO ESTÁ VACUNADA**.
- Si la persona proviene DE OTRO CENTRO SIN BROTE ABIERTO DE COVID-19, no será necesaria ninguna medida de aislamiento. Se vigilará la aparición de síntomas.
- DESDE DOMICILIO, solo si el centro tiene baja cobertura vacunal o si tiene alta cobertura en niveles de alerta 2-3, será necesario un aislamiento preventivo en el destino de 10 días.
- Desde un hospital, tras un ALTA HOSPITALARIA por CAUSA DISTINTA DE COVID-19:
 - Al ingreso en el centro se tomarán las medidas higiénicas adecuadas.
 - Puede darse el alta a la espera del resultado de la PCR manteniendo aislamiento hasta su comunicación.
 - No será necesario aislamiento, salvo que:
 - Durante la estancia hospitalaria o el traslado se haya producido contacto estrecho con un caso³⁹.
 - Ante la duda razonable de que se haya podido producir exposición a COVID-19 y de que no se hayan cumplido las recomendaciones preventivas, se procederá al aislamiento preventivo de 10 días.
- Desde un hospital, tras un ALTA HOSPITALARIA por CAUSA DE COVID-19:
 - Los casos que han requerido ingreso hospitalario podrán recibir el alta hospitalaria a un centro residencial si su situación clínica lo permite, si han transcurrido al menos 14 días desde el inicio de síntomas o 21 en caso de enfermedad grave o inmunodepresión y 3 días desde la resolución de la fiebre y cuadro clínico, aunque la PCR siga siendo (+), sin aislamiento salvo criterio clínico.

La VICIPI establecerá criterios para visitas, salidas e ingresos en los centros residenciales, así como, cuando corresponda, los criterios de asignación de recursos para el ingreso. La tramitación de la plaza residencial se hará a través de los trabajadores sociales, aplicando este procedimiento.

³⁹ Ver apartado 3.2

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

SALIDAS DE UN CENTRO RESIDENCIAL SIN BROTE DE COVID-19

Las salidas de centros residenciales sin brote de COVID-19 se limitarán en función de la situación epidemiológica y de acuerdo con la normativa [establecida por la VICIPI](#). [Se facilitara lo más posible las salidas por motivos sanitarios para proteger el deterioro de la salud](#).

Las salidas, SIN PERNOCTACIÓN y con acompañamiento, profesional o de familiar o persona allegada comprometida por escrito a adoptar todas las medidas preventivas (mascarilla, distancia social e higiene de manos), no requerirán pruebas diagnósticas ni cuarentena adicional posterior. Solo si existe una duda razonable de que durante cualquier salida se haya podido producir una exposición a la COVID-19 y de que no se hayan cumplido las recomendaciones preventivas, se procederá al aislamiento preventivo del residente y se consultará a la Comisión sobre el procedimiento a seguir.

En cualquier salida que se produzca, se deberán extremar las medidas de prevención y protección (distancia, protección e higiene). Al reingreso, se mantendrá una vigilancia activa de síntomas y se extremarán las medidas de prevención, procediendo a un aislamiento preventivo y PDIA inmediata ante cualquier síntoma sospechoso de COVID-19.

Tras una ESTANCIA de residentes no vacunados EN UN CENTRO SANITARIO DURANTE >12 HORAS por CAUSA DISTINTA DE COVID-19 se realizará PCR:

- Puede regresar al centro residencial a la espera del resultado, manteniendo aislamiento hasta su comunicación.
- Si es negativa, a su regreso al centro residencial se tomarán las medidas higiénicas adecuadas. No será necesario aislamiento, salvo que durante la estancia en el centro sanitario o el traslado:
 - Se haya producido contacto estrecho con un caso⁴⁰.
 - Ante la duda razonable de que se haya podido producir exposición a la COVID-19 y de que no se hayan cumplido las recomendaciones preventivas, se procederá al aislamiento preventivo de 10 días.


Tras ESTANCIAS, de personas vacunadas o no, EN UN CENTRO SANITARIO <12 HORAS por CAUSA DISTINTA DE COVID-19, no serán necesarias pruebas ni aislamiento.

⁴⁰ Ver apartado 3.2

| CENTROS RESIDENCIALES CON VACUNACIÓN COMPLETA (>95%) O CENTROS CON ALTA COBERTURA DE VACUNACIÓN (80-95%) Y NIVEL DE ALERTA 0-1 | | |
|--|----------------------------|----------------------------------|
| INGRESOS | | |
| | PRUEBAS | AISLAMIENTO⁴¹ |
| INFECCIÓN CONFIRMADA POR PDIA 180 D ANTERIORES | NO | NO |
| PERSONAS CON PAUTA DE VACUNACIÓN COMPLETA | | |
| De centro SIN BROTE de COVID | | |
| De domicilio particular | NO | NO |
| Alta hospitalaria ⁴² motivo NO COVID, SIN exposición | | |
| Alta hospitalaria motivo NO COVID, CON exposición | PCR máx. 72 h antes | 10 días |
| PERSONAS SIN PAUTA DE VACUNACIÓN COMPLETA | | |
| De centro SIN BROTE de COVID | | |
| De domicilio particular | NO | 10 días |
| Alta hospitalaria ³⁷ motivo NO COVID, SIN exposición | PCR máx. 72 h antes | NO |
| Alta hospitalaria motivo NO COVID, CON exposición | PCR máx. 72 h antes | 10 días |
| SALIDAS | | |
| | PRUEBAS | AISLAMIENTO |
| INFECCIÓN CONFIRMADA POR PDIA 180 D ANTERIORES | NO | NO |
| PERSONAS CON PAUTA DE VACUNACIÓN COMPLETA | | |
| Sin pernoctación | | |
| Pernoctación de cualquier duración | NO | NO |
| Estancia en centro sanitario <12 h | | |
| Estancia en centro sanitario >12 h motivo NO COVID, CON exposición | PCR máx. 72 h antes | 10 días |
| PERSONAS SIN PAUTA DE VACUNACIÓN COMPLETA | | |
| Sin pernoctación | | |
| Pernoctación de cualquier duración | NO | NO |
| Estancia en centro sanitario <12 h | NO | NO |
| Estancia en centro sanitario >12 h motivo NO COVID, SIN exposición | PCR máx. 72 h antes | NO |
| Estancia en centro sanitario >12 h motivo NO COVID, CON exposición | PCR máx. 72 h antes | 10 días |

⁴¹ Ver condiciones del aislamiento en apartado 3.1

⁴² Para altas hospitalarias por COVID, ver texto apartado 5 y apartado 3.1


| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

| CENTROS RESIDENCIALES CON BAJA COBERTURA DE VACUNACIÓN (<80%) O CENTROS CON ALTA COBERTURA (80-95%) Y NIVEL DE ALERTA 2-3 | | |
|--|---------------------|---------------------------|
| INGRESOS | | |
| | PRUEBAS | AISLAMIENTO ⁴³ |
| INFECCIÓN CONFIRMADA POR PDIA 180 D ANTERIORES | NO | NO |
| PERSONAS CON PAUTA DE VACUNACIÓN COMPLETA | | |
| De centro SIN BROTE de COVID | NO | NO |
| Alta hospitalaria motivo NO COVID, SIN exposición | | |
| De domicilio particular | NO | 10 días |
| Alta hospitalaria ⁴⁴ motivo NO COVID, CON exposición | PCR máx. 72 h antes | 10 días |
| PERSONAS SIN PAUTA DE VACUNACIÓN COMPLETA | | |
| De centro SIN BROTE de COVID | | |
| De domicilio particular | PCR máx. 72 h antes | 10 días |
| Alta hospitalaria ³⁹ motivo NO COVID, SIN exposición | PCR máx. 72 h antes | NO |
| Alta hospitalaria motivo NO COVID, CON exposición | PCR máx. 72 h antes | 10 días |
| SALIDAS | | |
| | PRUEBAS | AISLAMIENTO |
| INFECCIÓN CONFIRMADA POR PDIA 180 D ANTERIORES | NO | NO |
| PERSONAS CON PAUTA DE VACUNACIÓN COMPLETA | | |
| Sin pernoctación | | |
| Pernoctación ≤3 noches | | |
| Nivel de alerta 0-1 del destino | NO | NO |
| Estancia en centro sanitario <12 h | | |
| Pernoctación >3 noches | NO | 10 días |
| Nivel de alerta 2-3 del destino | | |
| Estancia en centro sanitario >12 h | | |
| motivo NO COVID, CON exposición | PCR máx. 72 h antes | 10 días |
| PERSONAS SIN PAUTA DE VACUNACIÓN COMPLETA | | |
| Sin pernoctación | NO | NO |
| Pernoctación >6 noches | PCR máx. 72 h antes | 10 días |
| Estancia en centro sanitario <12 h | NO | NO |
| Estancia en centro sanitario >12 h | | |
| motivo NO COVID, SIN exposición | PCR máx. 72 h antes | NO |
| Estancia en centro sanitario >12 h | | |
| motivo NO COVID, CON exposición | PCR máx. 72 h antes | 10 días |

Quando se determine, tras las pruebas pertinentes o informe médico, que el residente ha tenido INFECCIÓN CONFIRMADA (por PDIA: PCR o PRDA) EN LOS 180 DÍAS anteriores, no requerirá aislamiento ni pruebas en ingresos y salidas. Se actuará de la misma forma con todas aquellas personas con una pauta de vacunación completa.

⁴³ Ver condiciones del aislamiento en apartado 3.1

⁴⁴ Para altas hospitalarias por COVID, ver texto apartado 5 y apartado 3.1

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |


Los residentes y sus acompañantes, ante cualquier ingreso o salida de centros residenciales, deberán asumir [la normativa establecida por la VICIPI](#), además de las recomendaciones establecidas para la población de su rango de edad y las indicaciones generales vigentes en cada momento.

La Comisión habilitará los mecanismos para la realización de las pruebas diagnósticas.

La CSUSP podrá adoptar medidas temporales de restricción de movilidad adicionales según la situación epidemiológica del entorno local de las residencias⁴⁵.

| |
|---|
| CON BROTE |
| CENTRO RESIDENCIAL CON VACUNACIÓN COMPLETA |
| VISITAS: Sin restricción en cohorte A y B1, salvo nivel alerta SALIDAS: Sin restricción en cohorte A y B1, salvo nivel alerta INGRESOS: Se suspenden |
| CENTRO RESIDENCIAL CON VACUNACIÓN INCOMPLETA |
| VISITAS: Sin restricción en cohorte A1 y B1, salvo nivel alerta SALIDAS: Sin restricción en cohorte A1 y B1, salvo nivel alerta INGRESOS: Se suspenden Si no puede separarse A1 y A2, se suspenden visitas y salidas |

⁴⁵ Ver apartado 2.1

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

ANEXO I. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CASOS Y CONTACTOS DE INFECCIÓN SARS-COV-2. GLOSARIO

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CASOS DE INFECCIÓN SARS-COV-2⁴⁶

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.

Las personas que han sido vacunadas y presenten sintomatología compatible con infección por SARS-CoV-2 serán también consideradas caso sospechoso.

Las personas sintomáticas que ya han tenido una infección por SARS-CoV-2 confirmada por PDIA en los 90 días anteriores no serán consideradas casos sospechosos de nuevo. Las excepciones a esta consideración serán los trabajadores de centros sanitarios y sociosanitarios, dada la vulnerabilidad de su entorno laboral, las personas con condiciones clínicas que impliquen una inmunosupresión grave, siempre tras una valoración clínica y aquellos casos en los que se sospecha que la infección puede ser por una variante diferente de la que se detectó en la infección previa, en cuyo caso no se tendrá en cuenta el periodo de tiempo transcurrido.

Los casos confirmados únicamente mediante técnicas serológicas de diagnóstico rápido durante los primeros meses de la pandemia serán considerados casos sospechosos de nuevo si cumplen criterios clínicos, independientemente del tiempo transcurrido desde su diagnóstico.

CASO PROBABLE

Persona con infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico y radiológico compatible con COVID-19 y resultados de PDIA negativos o casos sospechosos con PDIA no concluyente.

CASO CONFIRMADO CON INFECCIÓN ACTIVA

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

Persona asintomática con PDIA positiva. En situaciones de cribado, únicamente se considerará caso confirmado si se obtiene una PCR positiva⁴⁷

CASO DESCARTADO

Caso sospechoso con PDIA negativa en el que no hay una alta sospecha clínico-epidemiológica.

CASO RESUELTO

Un resultado positivo de IgG por serología de alto rendimiento capaz de diferenciar entre respuesta inmune por infección natural o por vacunación realizado en una persona asintomática no vacunada en la que se ha descartado infección activa.


CASO DE REINFECCIÓN

- Reinfección posible

Primera infección: diagnóstico por PCR no secuenciada o no secuenciable o prueba rápida de antígenos

⁴⁶ Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19. Actualizada 23 de julio 2021

⁴⁷ En un caso asintomático, una PDIA positiva se considerará infección activa a menos que estuviera disponible la información sobre el umbral de ciclos (Ct) de la PCR y el estado serológico obtenido por serología de alto rendimiento capaz de diferenciar entre respuesta inmune por infección natural o por vacunación. Ante Ct bajos la infección se considera activa y ante Ct altos y presencia de Ig G, el caso se consideraría como **infección resuelta**. Esta interpretación debe individualizarse ante situaciones especiales como inmunodepresión severa o existencia de una alta probabilidad clínica y epidemiológica de padecer la infección

| | | |
|---|---|--|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

y

Segunda infección: diagnóstico por prueba rápida de Ag en el que no se ha podido realizar una PCR, si han transcurrido al menos tres meses desde la primera infección.

- Reinfección probable:

Primera infección: diagnóstico por PCR no secuenciada o no secuenciable o prueba rápida de antígenos

y

Segunda infección: diagnóstico por PCR no secuenciada o no secuenciable, si han transcurrido al menos tres meses desde la primera infección.

- Reinfección confirmada:

Primera infección: diagnóstico por PCR secuenciada o PCR no secuenciada o no secuenciable o prueba rápida de antígenos


y

Segunda infección: diagnóstico por PCR secuenciada. Pueden darse dos circunstancias:

- Que haya diferencias significativas entre ambas secuencias independientemente del tiempo transcurrido entre las dos infecciones
- En ausencia de una primera secuencia, que el linaje de la segunda infección no circulara cuando se produjo la primera infección.

A efectos de notificación se considerará BROTE cualquier agrupación de 3 o más casos confirmados o probables con infección activa en los que se ha establecido un vínculo epidemiológico.

En los centros residenciales de servicios sociales, debido a su vulnerabilidad, un solo caso confirmado o probable con infección activa en residentes o trabajadores se considerará un brote a efectos de intervención.

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS CONTACTOS

El estudio y seguimiento de los contactos estrechos tiene como objetivo realizar un diagnóstico temprano en los contactos estrechos que inicien síntomas y evitar la transmisión en periodo asintomático y paucisintomático. En el momento de detectar un caso sospechoso se iniciará la identificación de contactos estrechos. Se clasifica como **contacto estrecho**:

- Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso o haya estado en contacto con sus secreciones y fluidos: personal sanitario o socio-sanitario que NO haya utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar o cualquier persona que haya manipulado muestras biológicas sin las debidas medidas de protección.
- De forma general, a nivel comunitario, se considerará contacto estrecho a cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros y durante un tiempo total acumulado de más de 15 minutos en 24 horas. En entornos en los que se pueda hacer una valoración del seguimiento de las medidas de prevención podrá realizarse una valoración individualizada por el SPRL o el responsable que sea designado para ese fin. la hora de establecer el riesgo, se tendrán en cuenta determinadas circunstancias como espacios en que haya riesgo elevado de generación de aerosoles u otras características personales o sociales del entorno en que se evalúe la posible transmisión.

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

CONTACTO ESTRECHO LABORAL: producido por motivo del trabajo o en el lugar de trabajo.


CONTACTOS VACUNADOS: las personas que han recibido una pauta de vacunación completa y sean contacto estrecho estarán exentas de la cuarentena. Se les hará una PCR al inicio y otra a los 7 días del último contacto con el caso confirmado y se recomendará evitar el contacto con personas vulnerables y no vacunadas. Se les indicará el uso de mascarilla en sus interacciones sociales, no acudir a eventos multitudinarios y vigilancia de aparición de síntomas compatibles.

Los contactos completamente vacunados realizarán cuarentena únicamente:

- En brotes producidos por una variante Beta y Gamma. En los casos esporádicos, la información sobre variantes normalmente no está disponible al diagnóstico, por lo tanto únicamente se realizará cuarentena si se dispone de esta información de forma oportuna.
- Personas con inmunodepresión
- Contactos de aquellos casos en los que se sospeche una transmisión a partir de visiones.

Las personas trabajadoras de centros sanitarios o sociosanitarios estarán exentas de la cuarentena si están vacunadas y utilizan EPI adecuados siguiendo lo establecido en el [Procedimiento para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2](#).

Las personas asintomáticas que han tenido una **INFECCIÓN POR SARS-COV-2 CONFIRMADA POR PDIA EN LOS 180 DÍAS ANTERIORES** y son contactos estrechos estarán exentas de realizar la cuarentena, teniéndose en cuenta las mismas consideraciones y excepciones descritas en el punto anterior para los contactos vacunados.

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

GLOSARIO

PERSONA CON VACUNACIÓN COMPLETA⁴⁸

- Que ha recibido 2 dosis de vacuna separadas entre sí un mínimo de 19 días si la 1ª fue de Comirnaty-Pfizer/BioNTech, de 21 días para Vaxzevria-AstraZeneca o de 25 días para Spikevax-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.
- En la pauta heteróloga con AstraZeneca en 1ª dosis y vacunas de mRNA en 2ª, se considerará completamente vacunado tras 7 días de la 2ª dosis con Comirnaty, o tras 14 días con Moderna.
- Que hayan recibido una dosis de vacuna de Janssen hace más de 14 días.
- 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 de 14 días, o 7 si es Comirnaty.

CENTRO RESIDENCIAL CON VACUNACIÓN COMPLETA

- Se considera un centro residencial en el que se ha completado la vacunación cuando las personas residentes y trabajadoras han recibido una pauta de vacunación completa (la o las dosis necesarias y el tiempo indicado para alcanzar la protección esperada). También se considera un centro con vacunación completa aunque haya algunas personas (hasta un 5% entre residentes y trabajadores):
 - en quienes la vacuna esté contraindicada
 - que la han rechazado explícitamente o
 - que están completando su vacunación.
- Por debajo de esto, se considera un centro con vacunación incompleta.

CENTRO RESIDENCIAL CON ALTA COBERTURA DE VACUNACIÓN

- Se considera un centro residencial en el que se ha completado la vacunación cuando el 80% de las personas residentes y trabajadoras han recibido una pauta de vacunación completa (la o las dosis necesarias y el tiempo indicado). Por debajo de esto, es un centro con baja cobertura de vacunación.

BROTE

- A efectos de notificación se considerará brote cualquier agrupación de 3 o más casos con infección activa en los que se ha establecido un vínculo epidemiológico.
- Debido a la vulnerabilidad de los centros socio-sanitarios, la detección de un solo caso confirmado con infección activa (residente o trabajador) en estas instituciones, se considerará un brote a efectos de intervención e implicará la puesta en marcha de las medidas de actuación.

BROTE ABIERTO: aquel que ha tenido casos en los últimos 28 días, teniendo en cuenta la fecha de inicio de síntomas o de diagnóstico si la de síntomas no está disponible.

BROTE ACTIVO: aquel que haya tenido algún caso en los últimos 14 días, teniendo en cuenta la fecha de inicio de síntomas o la de diagnóstico si la de síntomas no está disponible.

BROTE CERRADO: aquel sin casos en los últimos 28 días.


CENTRO SIN BROTE ABIERTO DE COVID

- Sin brote ni sospecha de brote o con brote cerrado.

TRANSMISIÓN COMUNITARIA

- Cuando aparecen casos activos sin vínculo epidemiológico con otros casos.

⁴⁸Ha alcanzado la protección esperada. Ver "Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España" y actualizaciones

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

AISLAMIENTO PREVENTIVO

- Incluye tanto el aislamiento de casos activos como la cuarentena de contactos.

AISLAMIENTO DE CASOS CONFIRMADOS ACTIVOS

- Desde el inicio de síntomas, o la PCR positiva si era asintomático: 10 días y los 3 últimos días sin síntomas.
- Requiere gestión de residuos de categoría B.

CUARENTENA DE CONTACTOS

- Con vigilancia activa de aparición de síntomas.
- Desde la última exposición al caso confirmado activo, 10 días sin síntomas.

AISLAMIENTO PREVENTIVO INVERSO

- El de los contactos estrechos no vacunados en una residencia con vacunación completa.

COHORTE

- Durante un brote en un centro, grupo de residentes con el mismo estatus de enfermedad o riesgo. El centro se sectoriza de forma que cada cohorte tenga condiciones de aislamiento preventivo similares.

AISLAMIENTO DE COHORTE

- En este aislamiento, la persona no debe permanecer en la habitación, puede utilizar los espacios comunes de la unidad de convivencia estable.

TRANSMISIÓN AÉREA


- La evidencia actual sugiere que la principal vía de transmisión del SARS-CoV-2 se produce por gotas o contacto.
- La transmisión aérea es posible en entornos sanitarios donde se realizan procedimientos generadores de aerosoles. Se ha sugerido que en algunos brotes documentados en espacios cerrados con una elevada concentración de personas existe la posibilidad de una transmisión aérea, en combinación con la transmisión por gotas (zonas comunes de residencias, restaurantes, coros, gimnasios...).

PDIA

- Prueba diagnóstica de infección activa.
- Actualmente se dispone de:
 - PRDA: prueba rápida de detección de antígenos (*Antigen Rapid Diagnostic Test, Ag-RDT*)
 - Detección de ARN viral mediante una RT-PCR o una técnica molecular equivalente.
- La realización de una u otra, o una secuencia de ellas, dependerá del ámbito de realización, **la procedencia del caso sospechoso**, la disponibilidad y los días de evolución de los síntomas.
- No se recomienda la realización de ningún tipo de pruebas serológicas para el diagnóstico de infección activa ni en personas con síntomas ni en asintomáticos.
- **No se considerarán para el diagnóstico de infección activa los resultados de ningún tipo de pruebas serológicas.**
- **Las pruebas de autodiagnóstico no serán consideradas para el diagnóstico de confirmación de infección activa ni en personas con síntomas ni en asintomáticos.** Los resultados positivos en estas pruebas se considerarán casos sospechosos que deberán confirmarse en un centro sanitario mediante una PDIA y su manejo será realizado como tal.

NIVEL DE ALERTA

- El nivel de alerta en el municipio en el que está localizado el centro y por tanto las actuaciones a seguir en dicho nivel se determina en el informe de **“Niveles de alerta COVID-19 en municipios con centros de servicios sociales para personas mayores o con diversidad funcional”**, emitido periódicamente desde el órgano competente de la CSUSP.

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

ANEXO II. MEDIDAS GENERALES PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE RESIDENTES Y TRABAJADORES


MEDIDAS GENERALES PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RESIDENTES

Se debe informar a residentes, trabajadores y familiares que, aunque el riesgo de padecer COVID-19 después de la vacunación es significativamente menor, no desaparece por completo ya que la vacuna no garantiza una protección total a todas las personas vacunadas.


No se recomienda de forma general llevar a cabo cribados periódicos en residentes ni realizar serologías para verificación de la efectividad de la vacunación.

En los centros residenciales, independientemente de su estado vacunal, en la actual situación sigue siendo prioritario evitar la introducción del virus y si aparece un brote controlar la difusión de la enfermedad a la vez que proteger del deterioro en la salud, con las siguientes medidas generales:

- Carteles informativos sobre higiene de manos y respiratoria en entrada, pasillos y zonas comunes.
- Actividades formativas para residentes y trabajadores.
- Informar a residentes y trabajadores del centro sobre las acciones que se están tomando para protegerlos. La dirección del centro debe informar a los familiares de los residentes.
- Todos los aseos con jabón y toallas de papel para higiene de manos. No utilizar por personas ajenas al centro salvo que sea estrictamente necesario, anotándose como incidencia en el registro de visitas, personas proveedoras o personal externo, y procediéndose a su desinfección inmediata.
- Dispensadores con solución hidroalcohólica para la higiene de manos, pañuelos desechables para la higiene respiratoria y contenedores de residuos, con tapa de apertura con pedal.
- **El uso de mascarillas no será exigible para los residentes en centros con coberturas de vacunación superiores al 80% (alta cobertura).**
- Programas intensificados de limpieza, en especial zonas con más tránsito de personas, superficies de contacto (barandillas, pasamanos, botones, pomos de puertas, mesas, objetos de uso común...) y espacios donde se realizan curas y visitas.
- Ventilación, especialmente de zonas comunes y espacios donde se realizan curas y visitas.
 - Asegurar una efectiva renovación del aire, preferiblemente con ventilación natural.
 - Realizar un adecuado mantenimiento de las instalaciones de climatización/ventilación.
- En los centros con **alta cobertura de vacunación** se permitirán las actividades grupales y el uso de las zonas comunes, manteniendo las medidas de prevención y vigilancia citadas. Se mantendrán las unidades de convivencia estables.
- Revisar los circuitos de acceso a los centros. Siempre que sea posible, se recomienda establecer vías diferenciadas de acceso y salida. Los accesos de proveedoras, personal externo y visitantes también se diferenciarán de los de residentes.
- Establecer un control de acceso en el centro, organizándolo de manera que quede garantizada la distancia de seguridad de 2 metros entre las personas. En ningún caso se permitirá la entrada en el centro a personas con síntomas respiratorios o fiebre. Se mantendrá un registro de visitas, personas proveedoras y personal externo.

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |


- Prestar atención a la desinfección de manos, suelas de calzado y sillas de ruedas a la entrada de residentes, visitas, personal, personal externo y personas proveedoras.
- Eliminar los objetos de decoración innecesarios de la sala de espera para facilitar su limpieza y desinfección.
- Control de los aforos de zonas comunes que permita mantener distancias de seguridad de 2 metros. Para ello, retirar asientos o bancos si es posible; si no es posible, bloquearlos mediante cintas y/o cartel informativo de la prohibición de su uso.
- Todo el **personal, incluyendo el personal externo**:
 - Llevarán mascarilla quirúrgica utilizada únicamente en el centro, desde el momento en que entran en su perímetro, siempre que estén en contacto con los residentes y en los espacios usados por estos.
 - Extremarán la higiene de manos.
 - En espacios comunes deberán prestar especial cuidado a las medidas de prevención, y limitar el aforo.
 - Usarán guantes en contacto con piel no íntegra, mucosas, fluidos y dispositivos invasivos. Tras el contacto con cada residente, los retirarán con higiene de manos. Los guantes no se deben lavar ni descontaminar con solución alcohólica.
 - Evitarán la manipulación de residuos, salvo por el personal de limpieza.
 - Se procurará su vacunación frente a la gripe y la COVID-19.
 - El acceso de **personal en prácticas** formativas a los centros residenciales de mayores y discapacitados y sus centros de día anexos **se permitirá en función de la situación epidemiológica**. Se recomienda su suspensión en centros ubicados en municipios con niveles de alerta 2 y 3.
- En cuanto a las **visitas**:
 - Durante la visita, **independientemente del estado vacunal del visitante**, se observarán las medidas de higiene y prevención, en particular uso permanente de mascarilla y ventilación, higiene de manos (se les proporcionará gel hidroalcohólico) y distancia física.
 - **En situaciones de nivel de alerta bajo (0-1), durante las visitas de personas con vacunación completa a residentes vacunados (que no sean contactos estrechos) que se produzcan en espacios abiertos o en espacios cerrados no compartidos con otras personas, solo será necesario el uso de mascarillas y las medidas higiénicas generales, pero no será necesaria la distancia de seguridad.**
 - Siempre que sea posible, la persona residente llevará mascarilla.
 - Si el centro dispone de espacios al aire libre, la visita se realizará preferentemente en dichos espacios, siempre que sean de uso privativo y la meteorología lo permita, y pudiéndose disponer estufas exteriores para mejorar el confort de las personas residentes durante la visita. Si no, deberá realizarse en dependencias reservadas exclusivamente para visitas, amplias y bien ventiladas y provistas de pantallas, barreras u otros elementos de separación.
 - En situación de visitas restringidas, se podrá autorizar el **acercamiento de familiares** con cita previa para contacto visual, siempre que se pueda realizar sin entrar en el edificio, sin contacto físico y a través de mamparas, cristales u otras barreras físicas similares.
 - Se mantendrán y promoverán los contactos con familiares mediante llamadas telefónicas y

| | | |
|---|---|--|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

videollamadas, incluso de residentes en aislamiento preventivo.

- Solo estará indicado el aislamiento en la habitación en las situaciones descritas en el apartado 5 *Criterios sanitarios para aislamiento y pruebas ante ingresos y salidas*.
- Organización en **unidades de convivencia** estables. Si hubiera personas residentes no vacunadas, estas se integrarán individualmente en grupos burbuja de personas residentes vacunadas.
- Cada centro residencial debe disponer de un **plan de contingencia** para la prevención y la respuesta ante la eventual aparición de casos y brotes de COVID-19⁴⁹ y facilitar una copia a la Comisión.
- Las personas **trabajadoras** que sean **contactos estrechos sociales o familiares** de covid, tras la evaluación por parte de salud pública:
 - Si es contacto estrecho con vacunación completa o han pasado la infección en los últimos 180 días, estarán exentas de la cuarentena y deben utilizar los EPI adecuados, siguiendo el *Procedimiento para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2*. Asimismo, se les indicará el uso de mascarilla en sus interacciones sociales, no acudir a eventos multitudinarios y realizar vigilancia de la posible aparición de síntomas compatibles; si estos aparecieran, serán considerados casos sospechosos. Se procurará que no realicen atención directa a residentes no vacunados, bajo la supervisión del SPRL.
 - Si es contacto estrecho sin vacunación completa, cuarentena domiciliaria.

⁴⁹Resolución de 8 de abril de 2021 de la VICIPI

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

MEDIDAS GENERALES PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

Se recomendará activamente la vacunación a todo el personal de nueva incorporación. En el supuesto de que sea estrictamente necesario incorporarse antes de iniciar la pauta, se programará su vacunación por la Comisión lo antes posible, y deberán extremar las medidas de precaución hasta completarla, **en particular el uso de EPI respiratoria adecuado durante toda la jornada laboral.**

Las actuaciones de prevención de riesgos laborales deben llevarse a cabo de conformidad con la normativa que establece las obligaciones empresariales y de los SPRL propios en esta materia, y siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Sanidad⁵⁰.

El SARS-CoV-2 es un nuevo coronavirus que se transmite principalmente por las gotas respiratorias y aerosoles y por el contacto directo con las secreciones infectadas.

Todos los trabajadores encargados de la asistencia (sanitaria y no sanitaria) deben seguir estrictamente las medidas de protección indicadas encaminadas a controlar y reducir la transmisión del coronavirus y protegerse según el nivel de riesgo al que están expuestos.


Será responsabilidad de la dirección del centro garantizar que los trabajadores dispongan de los EPI adecuados y que cuenten con la formación suficiente para el adecuado uso del EPI y lavado de manos. En www.san.gva.es se dispone de **vídeos formativos**.

Cualquier consulta específica relacionada con las medidas de prevención y control de la transmisión de la infección en el centro puede dirigirse a su correspondiente SPRL. Los profesionales de la CSUSP, en particular el servicio de medicina preventiva del departamento, podrán orientar también en estas medidas.

La dirección del centro:

- Determinará la adecuación del número de profesionales implicados en el cuidado de las personas de cada cohorte, procurando minimizar el número de trabajadores en contacto con un caso sospechoso o confirmado, así como el tiempo de exposición.
- Deberá garantizar una correcta identificación de dichos trabajadores a efectos de seguimiento, que realizará el SPRL de la residencia, según las pautas del Ministerio de Sanidad y la CSUSP.
- Debe asegurar la correcta ventilación de lugares de trabajo y espacios interiores. Deberá garantizar que en las zonas en las que se pueda ventilar de forma natural, los trabajadores puedan abrir, cerrar, ajustar o fijar las ventanas de forma segura. Cuando las ventanas estén abiertas deben colocarse de tal forma que no puedan constituir un riesgo para los trabajadores. Se evitarán corrientes de aire molestas.
- Deberá garantizar que se siguen las medidas generales de precaución para evitar la transmisión respiratoria (gotas y aérea) y de contacto con todo aquel residente que presente sintomatología respiratoria:
 - La higiene de manos es la medida principal de prevención y control de la infección. Deberá extremarse y realizarse según la técnica correcta:
 - De manera general con agua y jabón. Si hay disponibilidad y las manos no están aparentemente sucias, se pueden usar productos de base alcohólica.
 - Antes y después del contacto con cada residente y después del contacto con superficies o equipos potencialmente contaminados.

⁵⁰ Ver *Procedimiento de actuación para los SPRL frente a la exposición al SARS-CoV-2 y Adaptación de medidas residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial en el marco de la vacunación*

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |


- Antes de colocarse el EPI y después de su retirada.
- Los trabajadores se deben colocar una mascarilla quirúrgica durante toda la jornada laboral.
- En las habitaciones donde almuerzan o descansan, deben mantener una adecuada distancia, una adecuada ventilación y un mínimo aforo (más de 4 m² por persona) y llevar siempre puesta la mascarilla cuando no estén comiendo o bebiendo.
- En espacios comunes deberán prestar especial cuidado a las medidas de prevención, y limitar el aforo.
- Antes de la atención de un paciente con síntomas respiratorios se le indicará que se coloque una mascarilla tipo quirúrgica.
- La utilización de guantes no exime de la correcta higiene de manos tras su retirada. Los guantes deben ser cambiados siempre con cada residente y se ha de realizar higiene de manos tras su retirada y antes de colocarse unos nuevos.
- Se colocarán carteles en la puerta o en la pared fuera de la habitación del residente donde se describa claramente el tipo de precauciones necesarias y el EPI requerido.
- Se colocará dentro de la habitación del residente un cubo de basura con tapa y pedal para que los trabajadores puedan descartar fácilmente el EPI y se dispondrá de contenedores adecuados de tipo III y bolsas de ropa contaminada.
- Los trabajadores con fiebre o clínica respiratoria aguda avisarán sin demora a su superior de los síntomas y se abstendrán de acudir a su puesto de trabajo hasta que se valore su situación.
- Los trabajadores deberán protegerse según el nivel de riesgo al que están expuestos⁵¹. Con carácter general, sin menoscabo de la valoración del correspondiente SPRL, se recomienda:

| ÁREAS | TAREAS | EPI |
|---|--|---|
| ZONA DE AISLAMIENTO de: Residentes COVID-19 y residentes con síntomas compatibles (grupos C y D) | Atención directa a residentes COVID, por personal tanto sanitario como no sanitario | Bata ⁵² Mascarilla sin válvula, FFP2 Guantes Gafas de montura integral o pantalla facial |
| | Atención directa a residentes COVID en procedimientos que generan aerosoles ⁵³ , por personal sanitario | Bata de manga larga impermeable/ bata de manga larga con delantal de plástico Mascarilla FFP3 preferentemente/ FFP2 Guantes Gafas de montura integral |
| ZONA DE AISLAMIENTO PREVENTIVO de: Residentes asintomáticos por contacto estrecho con caso sospechoso o confirmado (grupos B1 y B2) | Personal sanitario y no sanitario | Bata Mascarilla quirúrgica Guantes En técnicas en que se deba mantener proximidad continuada y prolongada a las vías respiratorias, mascarilla FFP2. En procedimientos que generen aerosoles está indicada mascarilla FFP2/FFP3 |
| ZONAS DE HABITACIONES Y COMUNES de: -Residentes asintomáticos, sin contacto estrecho o con infección resuelta en 180 d anteriores (grupo A) | Personal sanitario y no sanitario | Mascarilla quirúrgica Guantes Durante tareas con riesgo de salpicaduras de sangre, fluidos biológicos, secreciones y excreciones, bata |

⁵¹ Procedimiento de actuación para los SPRL frente a la exposición al SARS-CoV-2

⁵² Si la bata no es impermeable y hay posibilidad de salpicaduras o contacto con secreciones, delantal de plástico

⁵³ Aspiraciones de secreciones respiratorias, aerosolterapia y nebulización, toma de muestras respiratorias del tracto inferior, lavado broncoalveolar oxigenoterapia de alto flujo, ventilación no invasiva, ventilación manual, intubación ventilación mecánica, realización de traqueostomía quirúrgica y resucitación cardiopulmonar.

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

ANEXO III. INFORMACIÓN NECESARIA PARA SOLICITAR VIGILANCIA ACTIVA GRADO 1 O GRADO 2

FORMULARIO PARA SOLICITAR VIGILANCIA ACTIVA GRADO 1

- Identificación de la residencia (nombre, domicilio y CRC)
- Identificación del brote y fecha de inicio
- Nombre y cargo del responsable a designar


FORMULARIO PARA SOLICITAR VIGILANCIA ACTIVA GRADO 2

DATOS RESIDENCIA

| | |
|---|--|
| Nombre, domicilio y CRC de la residencia. | |
| Nombre de la persona que la dirige con teléfono y email de contacto. | |
| Identificación sobre si es pública o si es privada y en este caso, la empresa a la que pertenece. | |
| Número de residentes. | |
| Características de dependencia y cronicidad de los residentes. | |
| Situación de vacunación covid-19 | |
| Distribución de camas por habitaciones. | |
| Plantilla de personal sanitario por categorías con turnos y horario de trabajo. | |
| Otras observaciones que se consideren de interés. | |

DATOS DEPARTAMENTO SALUD

- Descripción de la situación epidemiológica que motiva la intervención de la CSUSP.
- Descripción de la organización de la asistencia sanitaria que se quiere implantar.
- Origen de los profesionales que se van a aplicar para complementar la plantilla:
 - Solicitud de recursos humanos a la VICIPI, para reforzar la plantilla de la residencia: número de profesionales y categoría profesional.
 - Solicitud de recursos humanos a la CSUSP, para reforzar la plantilla de la residencia: número de profesionales y categoría profesional.
- Nombre del profesional responsable por el Departamento, teléfono de contacto y email.
- Fecha de inicio de actuaciones.

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |


ANEXO IV. INFORMACIÓN NECESARIA PARA SOLICITAR EL PASO DE VIGILANCIA ACTIVA G1 O G2 A VIGILANCIA G0

DATOS RESIDENCIA EN LA FECHA DE SOLICITUD DEL CESE DE VIGILANCIA

| | |
|---|--|
| Nombre, domicilio y CRC de la residencia. | |
| Nombre de la persona que la dirige con teléfono y email de contacto. | |
| Número de residentes. | |
| Plantilla de personal sanitario por categorías con turnos y horario de trabajo. | |

INFORME DE ACTUACIONES REALIZADAS DURANTE LA VIGILANCIA


- **1. SITUACIÓN INICIAL:** Descripción de la situación epidemiológica y clínica que motivó las actuaciones (G1) o la intervención (G2) de la CSUSP.
- **2. Nombre del profesional responsable** durante la vigilancia G2 designado por el Departamento, teléfono de contacto y email.
- **3. MEDIDAS ADOPTADAS:** Descripción cronológica detallada de las medidas adoptadas incluyendo también:
 - Personal desplazado al centro durante la vigilancia G2 desglosando personal propio y nuevas contrataciones.
 - Pruebas diagnósticas realizadas
 - Informe de suministros aportados por el departamento: EPI y otros
- **4. SITUACIÓN FINAL:** clínica y epidemiológica, al cierre del brote. Incluyendo:
 - Fecha de finalización de las actuaciones.
 - En las residencias G2, cese de la actividad en el centro del nuevo personal contratado por la CSUSP, si lo hubiera.

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

ANEXO V. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN EN CENTROS CON BROTE ABIERTO DE COVID-19

SUPERFICIES Y ESPACIOS EN CONTACTO CON RESIDENTES CON SOSPECHA O ENFERMEDAD POR SARS-COV-2

- Es importante asegurar una correcta limpieza de las superficies y de los espacios. En la situación actual es necesario implementar un programa intensificado de limpieza prestando especial atención a las siguientes zonas:
 - En el acceso/salida de los sectores de aislamiento, como pueden ser puertas, escaleras, ascensores, para reducir el riesgo de transmisión por covid-19.
 - Zonas accesibles para las personas deambulantes.
- El procedimiento de limpieza y desinfección de las superficies y de los espacios en contacto con el residente con sospecha o enfermedad por SARS-CoV-2 se hará de acuerdo con la política habitual de limpieza y desinfección del centro.
- Existe evidencia de que los coronavirus se inactivan en contacto con una solución de hipoclorito sódico que contenga 1000 ppm de cloro activo (dilución 1:50 de una lejía con concentración 40-50 gr/litro preparada recientemente), etanol al 62-71% o peróxido de hidrógeno al 0,5%, en un minuto. Es importante que no quede humedad en la superficie cercana al residente. Se pueden emplear toallitas con desinfectante.
- Se emplearán los detergentes y desinfectantes habituales autorizados para tal fin (con efecto virucida) y para las superficies se utilizará material textil desechable. La limpieza general se hará siempre en húmedo, desde las zonas más limpias a las más sucias
- El personal de limpieza recibirá la formación adecuada para la limpieza de estas áreas y utilización del equipo de protección individual adecuado para el acceso a las mismas.
- El material utilizado desechable se introducirá en un contenedor de residuos con tapa y etiquetado con las advertencias precisas como residuos de clase III.

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |


GESTIÓN DE RESIDUOS DE CASOS COVID-19

Para la correcta gestión de los residuos del paciente covid-19, se dispondrá de 3 bolsas y se actuará conforme al siguiente protocolo:

- Los residuos del paciente, incluido el material desechable utilizado por la persona enferma (guantes, pañuelos, mascarillas), se han de eliminar en una bolsa de plástico (BOLSA 1) en un cubo de basura dispuesto en la habitación, preferiblemente con tapa y pedal de apertura, sin realizar ninguna separación para el reciclaje.
- La bolsa de plástico (BOLSA 1) debe cerrarse adecuadamente e introducirla en una segunda bolsa de basura (BOLSA 2), al lado de la salida de la habitación, donde además se depositarán los guantes y mascarilla utilizados por el cuidador y se cerrará adecuadamente antes de salir de la habitación.
- La BOLSA 2, con los residuos anteriores, se depositará en la bolsa de basura (BOLSA 3) con el resto de los residuos domésticos. La BOLSA 3 también se cerrará adecuadamente.
- Inmediatamente después se realizará una completa higiene de manos, con agua y jabón, al menos 40-60 segundos
- La BOLSA 3 se depositará exclusivamente en el contenedor de fracción resto (o en cualquier otro sistema de recogida de fracción resto establecida en la entidad local), estando terminantemente prohibido depositarla en los contenedores de recogida separada de cualquiera de las fracciones separadas (orgánica, envases, papel, vidrio o textil) o su abandono en el entorno.
- Se podrá establecer una recogida diferenciada de las bolsas procedentes de centros/lugares donde se dé un elevado nivel de afectados por covid-19 (residencias, etc.) mientras dure la crisis sanitaria, dado el elevado nivel de generación de residuos asociados. Estas bolsas se identificarán externamente (por ejemplo, mediante cinta aislante o similar) y se depositarán conforme a lo que establezcan las autoridades responsables de la recogida de residuos.

VAJILLA Y ROPA DE CAMA DE CASOS COVID-19

- No se requiere un tratamiento especial para la ropa utilizada por el paciente y tampoco es necesario una vajilla, ni utillaje de cocina desechable. Toda la vajilla y cubiertos que utilice el residente será lavado en el lavavajillas.
- La retirada de la ropa del usuario y ropa de la habitación se realizará según las recomendaciones, embolsada y cerrada dentro de la propia habitación. La ropa no deberá ser sacudida y se recomienda lavarla con un ciclo completo a una temperatura de entre 60 y 90 grados.

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

ANEXO VI. PROTOCOLO SANITARIO DE ACOMPAÑAMIENTO A LAS PERSONAS EN EL FINAL DE LA VIDA EN CENTROS RESIDENCIALES CON BROTE ABIERTO

Este protocolo se aplicará en los centros residenciales con brote abierto de COVID-19. En los centros sin brote abierto se aplicarán los criterios determinados por la VICIPI.

La pandemia por COVID-19 ha precisado de medidas excepcionales que alcanzan a todos los aspectos de la vida de las personas. La muerte, como etapa final de la vida, no se ha visto exenta.


Las personas tienen derecho a tener un proceso de muerte lo más humanizada y confortable posible y a despedirse de sus seres queridos. Este protocolo pretende facilitar un proceso de despedida que satisfaga las necesidades emocionales y de duelo. En ese sentido, se brindará apoyo psicológico especializado cuando se considere necesario.

OBJETIVOS

- Contribuir al logro del control de la enfermedad COVID-19.
- Humanizar la atención a las personas residentes en centros residenciales contribuyendo a un proceso de muerte digna y a un duelo menos traumático.

PROCEDIMIENTO

- En cada familia se designará un interlocutor PORTAVOZ FAMILIAR, cuya identidad y forma de contacto quedarán recogidas en la historia clínica de la persona residente. En caso de que el residente no pueda expresar esta elección, asumirá este rol la persona de referencia que conste en el centro y, en caso de incapacidad, el tutor/a legal.
- El protocolo SE ACTIVA por decisión del personal de enfermería u otro personal sanitario responsable, cuando valoren por la evolución clínica de la persona residente que se encuentra cerca de la fase de agonía y antes de que entre en la etapa final de esta (no antes de 24-48 h del previsto fallecimiento). Se le trasladará si es posible a una habitación individual, silenciosa y lo más distanciada posible de las otras habitaciones. Por vía telefónica, se informará al portavoz familiar del inicio de esta etapa y se ofrecerá la posibilidad de una visita de unas horas en la habitación, junto a la persona residente.
- El acompañamiento lo realizará preferentemente una única persona. Si las condiciones estructurales de la habitación y del centro permitan garantizar la adecuada distancia mínima de seguridad, y la persona residente no es un caso confirmado activo de COVID-19, podrán ser un máximo de dos acompañantes.
- La duración del acompañamiento se limitará a un único día natural, sin posibilidad de que pernocten en el centro. Si procede, se proporcionará alimentación y bebida a la persona acompañante. Excepcionalmente, cuando la agonía se prolongue más de 24 horas, se podrá hacer otra visita el segundo día, en la que otros familiares diferentes podrán sustituir a una o las dos personas acompañantes. En ningún caso se permitirá la presencia de más de dos acompañantes simultáneamente.
- El contacto telefónico con la familia, frecuente y previo a la activación del protocolo, en el que se exponga detalladamente la evolución clínica de la persona, resulta fundamental para facilitar el desarrollo y asunción del duelo. Durante la visita, se proporcionará un dispositivo Smart

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

(preferentemente tableta) para que la persona acompañante, si lo considera oportuno, pueda poner en contacto al resto de la familia con la persona ingresada.

- Tanto la persona acompañante como el/la residente podrán recibir apoyo psicológico durante la visita si el equipo asistencial lo considera necesario. Los profesionales fomentarán la relación de ayuda y escucha activa con la persona visitante y dedicarán un tiempo a explicar la situación en que pueden encontrar a su familiar para reducir el posible impacto emocional.
- Si el deceso no se ha producido, se mantendrá un contacto frecuente con el portavoz familiar durante los próximos días para informar de la evolución y estado de la persona ingresada. Una vez se produzca, el personal de enfermería responsable comunicará al portavoz familiar el fallecimiento, así como los trámites necesarios a realizar.

PROTECCIÓN DE LA PERSONA VISITANTE EXCEPCIONAL

Será valorada por personal sanitario para descartar que sea caso sospechoso, confirmado o probable de covid-19, investigando la presencia de síntomas, incluida la fiebre.

Si se identifica como caso sospechoso, confirmado o probable, deberá ser sustituida por otra persona (excepcionalmente, si no hay posibilidad de ser sustituido/a, se permitirá su acceso con la debida protección).

Se establecerá un “circuito seguro” para su entrada y su salida del centro residencial.


La situación de COVID positivo o negativo del paciente marcará el nivel de protección que se proporcionará a la persona visitante, así como las instrucciones pertinentes sobre su uso para garantizar su máxima seguridad.

Recibirá el material de protección adecuado en función del riesgo determinado para garantizar su seguridad y la del resto del personal con quien pueda tener contacto (guantes y mascarilla quirúrgica para pacientes NO COVID y EPI completo para pacientes con COVID-19).

Se le proporcionará instrucción sobre el uso correcto del material de protección suministrado, la higiene de manos con jabón y gel hidroalcohólico, la limitación de movimientos y la necesidad de abstenerse de tocar superficies.

Se permitirá el acercamiento si la persona acompañante está con pauta de vacunación completa.

Las personas que acudan, si el residente tiene COVID deberán obligatoriamente confinarse en la habitación del/de la residente, sin abandonarla durante toda su estancia y seguir el protocolo de protección de visitante excepcional establecido por los responsables sanitarios del centro, que podrá variar según la persona ingresada sea un caso positivo o negativo respecto de COVID-19.

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

ANEXO VII RESIDENCIAS DE PERSONAS MENORES DE EDAD

Si aparece un caso en un centro, se realizará el estudio de contactos estrechos.

Se considerará BROTE la detección de 3 o más casos confirmados o probables en residentes o trabajadores.

Ante la declaración de un brote:


- Se pone en marcha la vigilancia de grado G1⁵⁴.
- Se determinarán los contactos estrechos.
- Se realizará PCR a todas las personas residentes y trabajadoras que sean contactos estrechos.
- Se procederá al aislamiento preventivo de casos y contactos estrechos.
- El centro debe informar a la Comisión, con la periodicidad que se determine, al menos de:
 - los residentes de las diferentes cohortes en la sectorización⁵⁵
 - fallecidos casos confirmados y sin confirmar con síntomas compatibles
 - fallecidos totales
 - los trabajadores casos confirmados activos y con sintomatología compatible.
- Se suspenderán las visitas excepto las de residentes del grupo A y B1 (con personas vacunadas).
- Las visitas se permitirán, extremando las medidas de precaución, a una persona familiar, tutora o allegada, siempre con cita previa, de una duración máxima de una hora y al menos una vez a la semana, con el fin de facilitar la relación familiar. Entre una y otra visita el personal de limpieza desinfectará las dependencias utilizadas.
- Se suspenderán las salidas excepto:
 - las de residentes del grupo A y B1 (con personas vacunadas)
 - salidas por motivos sanitarios y de fuerza mayor
- Los ingresos y reingresos se permitirán con una PCR (-) de <72 horas y un aislamiento preventivo de 10 días.
- Cuando no hayan aparecido nuevos casos en el centro durante 14 días (el brote ya no está activo, aunque sigue abierto), se permitirán salidas de residentes con acompañamiento profesional o familiar.

EN CENTROS SIN BROTE ABIERTO, no son necesarias restricciones de visitas, salidas o ingresos por motivos sanitarios.

Se promoverá la vacunación frente a la COVID de personas trabajadores y residentes de estos centros.

⁵⁴ Ver apartados 2.3 y 2.5 (excepto en lo relativo a visitas, salidas e ingresos)

⁵⁵ Ver apartado 2.5.IV

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

ANEXO VIII. CENTROS DE ATENCIÓN DIURNA

En los centros de atención diurna para personas mayores y con discapacidad, independientemente de su titularidad y tipología de gestión, se procurará mantener el funcionamiento siempre que la situación epidemiológica lo permita, de acuerdo con la normativa vigente.

Se podrán realizar prácticas formativas en los centros de día en funcionamiento, salvo en los anexos a residencias de mayores y discapacitados en los niveles de alerta que determine la normativa.

ACTUACIONES EN CENTROS DE DÍA ANEXOS A RESIDENCIA DE MAYORES

A las personas trabajadoras no vacunadas de los centros de día integrados físicamente en una residencia de personas mayores o con discapacidad se les realizará una prueba PRDA 2 veces a la semana y control de temperatura diaria⁵⁶, aprovechando los recursos de los centros residenciales (profesionales sanitarios, SPRL...).


A las personas trabajadoras vacunadas, si el nivel de alerta es alto (2-3), se les realizará una PRDA cada 2 semanas, cuando regresen de permisos y vacaciones durante un periodo mínimo de 14 días, o se incorporen, con 72 horas de antelación como máximo previo a su incorporación al trabajo.

Cuando no se pueda garantizar la separación entre los trabajadores del centro de día y una residencia con baja cobertura de vacunación, se recomienda, en los municipios en nivel de alerta alto (2 y 3), extremar las medidas de separación entre residentes y usuarios externos o suspender la actividad del centro de día para usuarios externos no vacunados.

Si aparece un caso de COVID-19 en el centro de día, se considerará un brote en el centro de día:

- Se identificarán los contactos estrechos y se les realizará PCR.
- Según la separación de personal y usuarios de la residencia anexa respecto al centro de día:
 - Si la separación no se ha garantizado y la residencia tiene baja cobertura vacunal, se cerrará el centro de día durante 14 días desde la fecha de inicio de síntomas, o toma de muestra si era asintomático, del último caso.
 - Si la separación no se ha garantizado y la residencia tiene alta cobertura vacunal, podrán acceder, extremando las medidas de protección, las personas usuarias con vacunación completa o infección en 180 días anteriores, que formen parte de unidades de convivencia estables diferenciadas de aquélla en la que se ha producido el brote, salvo que sean contactos estrechos, o puedan ser atendidas por personal sospechoso de ser caso de Covid-19. Asimismo, podrán acceder las nuevas personas usuarias.
 - Si se ha garantizado la separación y la residencia tiene alta cobertura vacunal, podrán acceder, extremando las medidas de protección, las personas usuarias con vacunación completa o infección en 180 días anteriores, salvo que sean contactos estrechos, y las nuevas personas usuarias.

⁵⁶ *Adaptación de medidas residencias de mayores y otros de carácter residencial en el marco de la vacunación*

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL | Fecha: 07/09/2021 |
| | | Sustituye a: 17/08/2021 |

ACTUACIÓN EN CENTROS DE DÍA NO ANEXOS A RESIDENCIA DE MAYORES⁵⁷

Si aparece un caso de COVID-19, se aplicará a los casos y contactos estrechos el procedimiento general⁵⁸. Si el caso aparece en un centro de día de personas mayores, la dirección debe comunicarlo a la Comisión del departamento de salud.

Si se produce un brote (3 o más casos):

- Se identificarán los contactos estrechos, que dejarán de acudir al centro de día hasta conocer el resultado de la PDIA del caso y, si procede, hasta terminar la cuarentena.
- Se permitirá el acceso de usuarios con pauta de vacunación completa o con infección confirmada en los 180 días anteriores, sean contactos estrechos exentos de cuarentena o nuevos usuarios, extremando las medidas de protección.

⁵⁷ Este apartado es aplicable a los CEAM/CIM, hogares/clubes de convivencia para personas mayores, servicios de atención diurna para personas con diversidad funcional o problemas de salud mental (incluyendo los centros de atención ambulatoria CAT y CRIS) y a los centros de día de tratamiento de adicciones.

⁵⁸ Casos y contactos de COVID-19. Identificación, diagnóstico, seguimiento y cribado. Recopilación