

CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL

ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A COVID-19

RECOPILACIÓN¹

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:
12/01/2021

Sustituye a:
27/10/2020

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 específicas 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 durante la pandemia COVID-19 en centros residenciales.
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 dirigidas a la 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

	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	Fecha: 12/01/2021 Sustituye a: 27/10/2020
---	---	--

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.....	9
1.5. SUMINISTROS DE MATERIAL DE PROTECCIÓN A LOS CENTROS RESIDENCIALES	9
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.....	11
2.2.-DEFINICIÓN DE BROTE EN CENTROS RESIDENCIALES	11
2.3.- GRADOS DE VIGILANCIA.....	12
2.4. PROCEDIMIENTO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE VIGILANCIA ACTIVA G1 Y G2.....	13
2.5.-MEDIDAS A ADOPTAR EN VIGILANCIA ACTIVA G1 O G2	14
2.6.- PROCEDIMIENTO DE REUBICACIÓN	16
2.7.- AUTORIZACIÓN DE BAJA VOLUNTARIA. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTO	17
2.8.- 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 CENTROS RESIDENCIALES CON BROTE	23
3.3.-AISLAMIENTO Y SECTORIZACIÓN	26
4. PRUEBAS EN RESIDENTES Y TRABAJADORES ASINTOMÁTICOS.....	28
5. CRITERIOS SANITARIOS PARA AISLAMIENTO Y PRUEBAS ANTE INGRESOS REINGRESOS Y SALIDAS	29
ANEXO I. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CASOS Y CONTACTOS DE INFECCIÓN SARS-COV-2. GLOSARIO	32
ANEXO II. MEDIDAS GENERALES PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE RESIDENTES Y TRABAJADORES.....	35
MEDIDAS GENERALES PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RESIDENTES	35
MEDIDAS GENERALES PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES	38
ANEXO III. INFORMACIÓN NECESARIA PARA SOLICITAR VIGILANCIA ACTIVA GRADO 1 O GRADO 2.....	40
ANEXO IV. INFORMACIÓN NECESARIA PARA SOLICITAR EL PASO DE VIGILANCIA ACTIVA G1 O G2 A VIGILANCIA G0.....	41
ANEXO V. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN EN CENTROS CON BROTE ABIERTO DE COVID-19	42
ANEXO VI. PROTOCOLO SANITARIO DE ACOMPAÑAMIENTO A LAS PERSONAS EN EL FINAL DE LA VIDA EN CENTROS RESIDENCIALES CON BROTE ABIERTO	44
ANEXO VII RESIDENCIAS DE PERSONAS MENORES DE EDAD	46
ANEXO VIII. CENTROS DE ATENCIÓN DIURNA.....	47

	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	Fecha: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

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
13/05/2020	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE AL COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL. RECOPIACIÓN
01/06/2020	
03/09/2020	
26/08/2020	PROCEDIMIENTO DE REALIZACIÓN DE PCR A TRABAJADORES DE CENTROS DE CARÁCTER RESIDENCIAL DE PERSONAS MAYORES Y CON DISCAPACIDAD
27/10/2020	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE AL COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL. RECOPIACIÓN

FUENTES: Documentos técnicos del Ministerio de Sanidad

- Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19, a 18/12/2020.
- 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 21/12/2020.
- 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 22/10/2020.

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 5 de enero 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 ocasionada por Covid-19.
- Resolución 5 de enero 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.
- Resolución de 5 de diciembre de 2020** de la CSUSP, nuevas medidas adicionales en la CV como consecuencia de la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19.

Se recomienda revisar las últimas versiones disponibles en:

<https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos.htm>
<http://www.san.gva.es>

	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	Fecha: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

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.
- Pasar mucho tiempo en entornos cerrados y con población igualmente vulnerable.
- Presentar patología de base o comorbilidades.
- Tener edad avanzada.
- 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 con patología cardiovascular previa (sobre todo hipertensión e insuficiencia cardíaca) y en menor medida con patología respiratoria crónica y diabetes. La mortalidad aumenta con la edad.

La mayoría de las infecciones se producen por contacto cercano y exposición prolongada a gotas respiratorias, así como por inhalación de aerosoles y contacto directo o indirecto con secreciones respiratorias infectadas. 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 que se produce en 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 que se dispone de vacunas, estas se administran de manera prioritaria a personas residentes y trabajadoras en estos centros.

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, con el objetivo de:

- 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 reubicación de casos confirmados activos, asintomáticos o leves.
- 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 indique³.

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

³ 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: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

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 residencial⁴.

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. 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.
- c. Asegurar la recogida de la información epidemiológica necesaria para el estudio de casos y brotes.
- d. Asegurar la recogida de información clínica de casos y contactos en la historia clínica (SIA-Abucasis).

⁴.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: 12/01/2021 Sustituye a: 27/10/2020
---	---	--

- e. 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, servicio de medicina preventiva o de medicina interna, en coordinación con los responsables del centro residencial y de su SPRL.
- f. 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.
- g. Coordinar los recursos y a los profesionales que participan en la atención a los residentes durante la vigilancia activa.
- h. Documentar las actuaciones llevadas a cabo y trasladarlas por escrito a la dirección de la residencia y a la CSUSP.
- i. 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.
- j. Proponer a la DGSPA el establecimiento de vigilancia activa G1 Y G2.
- k. Aplicar a residentes y trabajadores los criterios de indicación de pruebas para identificación de casos, estudio de contactos y cribado.
- l. Dar apoyo a la organización de actividades de vacunación de residentes y trabajadores frente a gripe y COVID-19.
- m. Proporcionar a la Comisión departamental de seguimiento de COVID-19 la información que se solicite.
- n. 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.

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:

	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	Fecha: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

– los **residentes** de las diferentes **cohortes**:

- tipo **a)** sin síntomas de sospecha de COVID-19 ni indicación de aislamiento preventivo
- tipo **b)** sin síntomas, en aislamiento preventivo (cuarentena) por contacto estrecho
- tipo **c)** con síntomas compatibles, en aislamiento siempre individual, hasta la confirmación del diagnóstico
- tipo **d)** casos confirmados activos , en aislamiento individual si es posible
- tipo **e)** personas que ya habían tenido una infección confirmada por SARS-CoV2 en los 90 días anteriores a la declaración del brote, sin indicación de aislamiento preventivo

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.

Las cohortes a) y e) pueden compartir espacios y personal.

AISLAMIENTO PREVENTIVO	
a	NO síntomas de sospecha NO contacto estrecho
b	NO síntomas de sospecha Contacto estrecho
c	Síntomas
d	Casos confirmados activos
e	Infección confirmada 90 días anteriores

- **fallecidos** casos confirmados y sin confirmar con síntomas compatibles
- fallecidos totales

– 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.

	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	Fecha: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

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

Revisados los Planes de contingencia de cada centro⁵, 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.)
- 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 (a y e; b; c; d) 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.

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.

⁵ Resolución de 5 de enero 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: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

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)
 - Geriatría o medicina interna
 - Representantes de equipos sanitarios de las residencias
 - Otros, si procede

Este grupo de trabajo presentará a la Comisión una propuesta de coordinación en el departamento para la asistencia sanitaria de los residentes, que tendrá en cuenta:

- la situación de los residentes en cada centro residencial, en cuanto a nivel de cronicidad (clasificación CRG en SIA-Abucasis), discapacidad, fragilidad, susceptibilidad a la 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: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

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.

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 incluir⁶:

- *La restricción de las visitas sin vinculación profesional con el centro, a no ser que sea estrictamente necesario.*
- *Valorar la restricción de las salidas del centro para los residentes según la evaluación del riesgo local.*
- *Cambios organizativos como la sectorización de los espacios, utilización de cita previa o la organización en cohortes fijas.*

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 salud⁷.

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

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.

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.

⁶ *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

⁷ *Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19.* Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

 <p>GENERALITAT VALENCIANA Conselleria de Sanitat Universitat i Salut Pública</p>	<p>ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL</p>	Fecha: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

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.

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 o reubicación 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 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 personal⁸, limitación de visitas y salidas, formación de profesionales, separación de residentes en cohortes, etc.). Envía copia a la CSUSP, que a su vez la remitirá a la VICIPI.
- Se podrá reubicar⁹ a los residentes para asegurar el aislamiento y protección de cohortes, para sostener la continuidad de los servicios por carecer la residencia de recursos humanos suficientes o para mantener la vida cotidiana en los centros, reduciendo el deterioro en la salud generado por la restricción de movilidad.

⁸ Si hay imposibilidad del centro residencial para disponer de más personal, deberá justificarlo documentalmente.

⁹ Ver apartado 2.6 "Procedimiento de reubicación"

	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	Fecha: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

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 (número de casos, casos graves, fallecidos, porcentaje de residentes infectados mayor del 20%) y/o 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:
 - 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 o reubicación de los residentes.

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 EL 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.

 <p>GENERALITAT VALENCIANA Conselleria de Sanitat Universitat i Salut Pública</p>	<p>ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL</p>	Fecha: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

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

En el momento en que detecta entre los residentes un CASO SOSPECHOSO¹⁰ 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.
- 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; d)¹¹ o reubicados en dispositivos alternativos¹².
- En el supuesto de que se considere conveniente, solicitará la reubicación de los casos confirmados activos en otro alojamiento específico.
- Comunicará la situación a los familiares del residente caso.
- Identificará a los residentes CONTACTOS ESTRECHOS del caso, a los que se les comunicará que están en CUARENTENA. Estarán exentas de hacer cuarentena las personas que ya han tenido una infección confirmada por SARS-CoV2 en los 90 días anteriores.
- Comunicará la situación a los familiares de los residentes considerados contactos.
- Asignará al personal que atiende a los residentes de forma fija a cada una de las cohortes (residentes tipo a y e; b; c; d). 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 que finalice el brote.
- Durante el tiempo que dure el brote, el personal expuesto no debe trabajar en otro lugar (por ejemplo, en otra residencia). Si no es posible, se deberán 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.

¹⁰ Si el caso se descarta, el brote no se declara, y finaliza el aislamiento preventivo de casos y contactos.

¹¹ Ver apartado 1.3

¹² Ver apartado 2.6 "Procedimiento de reubicación"

	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	Fecha: 12/01/2021 Sustituye a: 27/10/2020
---	---	--

- 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.
- 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 cada momento, 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 video-llamadas. Podrán autorizar el acercamiento de familiares con cita previa para contacto visual, siempre que pueda realizarse sin entrar en el edificio, sin contacto físico y a través de mamparas, cristales u otras barreras físicas similares.
- Se suspenderán las SALIDAS, las BAJAS y los INGRESOS, 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.
- Las salidas excepcionales 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 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.

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 han suspendido las visitas al centro y las salidas.
- 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 realizar.¹³
 - El personal que atienda a pacientes casos de COVID-19 deberá utilizar el EPI correspondiente a su nivel de riesgo.
- Prestarán el apoyo sanitario que se requiera.

¹³ Ver anexo II

 <p>GENERALITAT VALENCIANA Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</p>	<p>ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL</p>	Fecha: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

2.6.- PROCEDIMIENTO DE REUBICACIÓN

El objetivo fundamental de las actuaciones preventivas ante la COVID-19 en las residencias es evitar su propagación entre los 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 de casos y separación por cohortes.
- Las medidas de protección e higiene.
- La reubicación de casos confirmados activos, asintomáticos o leves, desde su residencia a otro lugar para el aislamiento.

Los residentes que cumplan criterios clínicos de ingreso hospitalario deberán ser ingresados. Durante el ingreso se procurará facilitar la comunicación con sus familiares por vía telemática.

Ante la aparición de uno o varios casos en un centro residencial, tras la realización de la PCR inicial para el estudio de contactos en el brote, con el objetivo de reducir el riesgo de transmisión en el centro y acortar las restricciones de movilidad y visitas de los residentes, se podrán reubicar los casos confirmados activos, priorizando los de aquellos centros donde:

- No puede asegurarse el aislamiento y cuarentena en las condiciones adecuadas.
- No es posible una sectorización por cohortes que garantice un impacto reducido sobre las actividades habituales de los grupos que no son caso ni contacto (a) o que han tenido una infección confirmada por SARS-CoV2 en los 90 días anteriores (e).

La Comisión, tras la valoración clínica de los casos confirmados activos (tipo d), y con la participación de la dirección del centro, propondrá a la CSUSP la reubicación de estos casos en:

- Dispositivos alternativos, no residenciales, destinados a este fin.
- Los centros hospitalarios, si la situación asistencial del hospital lo permite.
- Residencias destinadas expresamente a esta finalidad.
- Residencias estructuradas en edificios diferenciados o plantas perfectamente aislables, con las debidas garantías de cumplimiento de medidas de prevención y protección.

La decisión de reubicar se tomará conjuntamente entre la CSUSP y la VICIPI, informando a la Comisión y a la dirección del centro. En el traslado de estos pacientes intervendrán de forma coordinada la Cruz Roja y el CICU.

El periodo de reubicación de un residente desde el traslado debe abarcar 14 días (periodo de transmisibilidad máximo. En este periodo:

- Si en la residencia de origen no han aparecido nuevos casos con infección activa, se pondrá fin a las medidas de restricción de movilidad y visitas en la residencia
- Si en la residencia de origen aparece un número de nuevos casos que no permite o desaconseja mantener la reubicación, la Comisión puede plantear la posibilidad de que el residente reubicado se reincorpore a la residencia.
- Si el residente reubicado requiere hospitalización, se hará en el departamento de la residencia de origen, siempre que su situación clínica lo permita.

	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	Fecha: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

Papel de las administraciones y las empresas en la adecuada reubicación

La reubicación requiere una acción coordinada de las administraciones y las empresas implicadas, ya sea para habilitar funcionalmente plazas residenciales existentes o para dotar nuevos dispositivos específicos.

En la acción coordinada para reubicar pacientes casos confirmados activos de COVID-19, la CSUSP apoyará con los recursos sanitarios que se precisen. Será necesaria la colaboración de las empresas, las ONG y la VICIPI para garantizar los cuidados y otras necesidades residenciales.

2.7.- 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 y del domicilio de destino.

- Cuando el centro residencial no tiene NINGÚN BROTE ABIERTO en la fecha de la valoración¹⁴, 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 la persona solicitante cumple alguno de los supuestos siguientes:
 1. Ha tenido una infección confirmada por SARS-CoV2 en los 90 días anteriores¹⁵.
 2. No es caso ni contacto estrecho de un caso confirmado activo de COVID-19. Esta situación debe ser confirmada por los responsables de salud pública del departamento donde se ubica el centro residencial. Se comprobará además que la persona es asintomática y se le realizará una PCR. Si el resultado es negativo, se podrá autorizar el traslado.

Siempre que se autorice una baja de una residencia con brote abierto para traslado a un domicilio, se deberá indicar cuarentena en el domicilio (salvo en el supuesto 1) durante los 10 días siguientes y ofrecer 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 de COVID-19 y la situación de la

¹⁴ Ver apartados "Definición de brote" y "Cierre de brote"

¹⁵ 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: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

persona respecto a la enfermedad COVID-19 (si tiene síntomas, si es caso, contacto estrecho...).

- 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.

Resumen de actuaciones en centros residenciales¹⁶

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 	
<p><u>Medidas de preparación</u></p> <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 	<p><u>Contención intensificada</u></p> <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

¹⁶ 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: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

2.8.- CIERRE DEL BROTE

El brote de COVID-19 se dará por cerrado cuando los casos detectados en la residencia están en situación de alta respecto a COVID-19 y todos los contactos han cumplido los periodos de cuarentena establecidos.

- 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 se ha reubicado en otro centro o 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: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

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	<ul style="list-style-type: none"> -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 	<ul style="list-style-type: none"> PRDA (si (-), PCR) PRDA PCR 	<ul style="list-style-type: none"> -con una infección confirmada por SARS-CoV2 (por PDIA: PCR o PRDA) en los 90 días anteriores -asintomáticas que tuvieron una PCR positiva que se negativizó¹⁷ -en un cribado no indicado por salud pública Tampoco requieren aislamiento
A personas residentes	<ul style="list-style-type: none"> -para baja voluntaria durante un brote si no es contacto estrecho -antes del ingreso y reingreso en residencias de personas mayores y con discapacidad, como máximo con 72 horas de antelación -en algunas salidas¹⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> PCR PCR PCR 	<ul style="list-style-type: none"> -tras salidas sin pernoctación con compromiso del acompañante de adoptar todas las medidas preventivas, salvo que se produzca 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 Tampoco requieren aislamiento
A personas trabajadoras	<ul style="list-style-type: none"> -en residencias de personas mayores y con discapacidad y centros de día anexos -cuando regresen de permisos y vacaciones, y a las nuevas que se incorporen¹⁹ -cuando se establezca según la situación epidemiológica 	<ul style="list-style-type: none"> PCR PCR 	<ul style="list-style-type: none"> -en centros de día no anexos a residencias de personas mayores y con discapacidad -en viviendas tuteladas -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

¹⁷ Falta evidencia de transmisibilidad a partir de pacientes que vuelven a presentar PCR positiva

¹⁸ Apartado 5. "Criterios sanitarios para aislamiento y pruebas ante ingresos y salidas"

¹⁹ RESOLUCIÓN de 5 de enero 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: 12/01/2021 Sustituye a: 27/10/2020
---	---	--

RECOGIDA DE INFORMACIÓN SOBRE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

En la historia clínica electrónica del paciente (SIA) 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 deben registrarse en Gestlab cuando se realizan en el ámbito sanitario y socio-sanitario. Los resultados de las pruebas de anticuerpos obtenidas por digitopunción también deben registrarse en Gestlab.

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.

	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	Fecha: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

3.1.- SOSPECHA DE CASO

En las residencias de personas mayores:

- A cualquier caso con cuadro clínico sospechoso de COVID-19 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 influenza²⁰.

- Si la PRDA es negativa, se le realizará PCR.

En el resto de centros residenciales, a todo caso con cuadro clínico sospechoso de COVID-19 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 es negativa (o, con PCR conjunta, positiva para gripe), es **caso descartado**, salvo que haya una alta sospecha clínico-epidemiológica.

Si la prueba resulta positiva para COVID-19, se considera **caso confirmado activo**. Si no requiere ingreso hospitalario, se le indicará **aislamiento en el centro** o se reubicará en otro centro. Se procederá a la búsqueda de **contactos estrechos**.

- Si el caso es una persona residente, el aislamiento individual 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 de la misma forma que la población general. Además de la resolución de los síntomas al menos 3 días antes y con un mínimo de **10 días** desde el **inicio de síntomas**, para la reincorporación al puesto de trabajo será necesario realizar una prueba diagnóstica que indique ausencia de transmisibilidad, bien sea una determinación positiva de IgG por una técnica de alto rendimiento o una PCR negativa, o positiva con umbral de ciclos (Ct) elevado²¹. 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

²⁰ Ver indicaciones de PCR conjunta para SARS-CoV2 e influenza en “Casos y contactos Identificación, diagnóstico, seguimiento y cribado”

²¹ 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: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

aislamiento de los residentes se realizará en una ubicación²² que evite el riesgo a otros residentes:

- No se permitirá el ingreso de estas personas en una residencia de mayores sin brote de COVID-19.
- 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.

3.2.- ACTUACIÓN ANTE CONTACTOS EN CENTROS RESIDENCIALES CON BROTE

Ante un caso confirmado con infección activa en un centro residencial:

- Se identificará a los contactos estrechos.
- Se clasificará a los residentes en las cohortes a), b), c), d) y e).
- Se realizará estudio mediante PCR a todos los residentes y trabajadores²³ **en el momento de identificar el caso**, con el objetivo de detectar precozmente nuevos casos positivos, con los cuales se seguirá la misma pauta de actuaciones.

Los residentes y trabajadores que hayan tenido una **infección confirmada** por SARS-CoV2 (por PDIA: PCR o PRDA) en los **90 días anteriores** no requieren pruebas diagnósticas ni cuarentena.

- En los residentes, tras la PCR²⁴:
 - Si el resultado es positivo, se considera caso confirmado activo. Se procede a su 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 el resultado es negativo:
 - los contactos estrechos se mantienen en vigilancia activa y cuarentena de 10 días. Se realizará una nueva PCR el día 7. Una vez terminada la cuarentena se levantará el aislamiento individual y se mantendrá la vigilancia de síntomas 4 días más
 - el resto de residentes quedarán en vigilancia activa 10 días, pero mantendrán la movilidad dentro del centro en la sectorización del grupo a)
- En los trabajadores²⁵:
 - Se realizará una PCR a todos los trabajadores en activo, sean contactos estrechos o no:
 - Su SPRL debe evaluar si es un contacto estrecho:

²² Ver apartado 2.5 “Procedimiento de reubicación”

²³ Se excluyen únicamente residentes o trabajadores que no han estado en la residencia en los 2 días anteriores a la identificación del caso.

²⁴ Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19.

²⁵ 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: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

a) Si el SPRL lo considera contacto estrecho por exposición de riesgo sin haber utilizado las medidas de protección adecuadas, informará al centro de salud pública, que confirmará la procedencia de la cuarentena domiciliaria.

-A los trabajadores en cuarentena se les realizará PCR 7 días tras la última exposición a un caso:

- Si es negativa, se reincorporará a la actividad habitual.

- 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, se reincorporará al trabajo a los 10 días desde la toma de muestra.

- Si es positiva, mantener 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 +).

b) Si el SPRL no lo considera contacto estrecho, indicará actividad normal y se le hará PCR:

- Si es negativa, se considera no caso y continúa la actividad normal.

- Si es positiva, caso confirmado activo y aislamiento 10 días desde la toma de muestra. Si está sin síntomas el día 7 desde la toma de muestra, se realizará 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 (+).

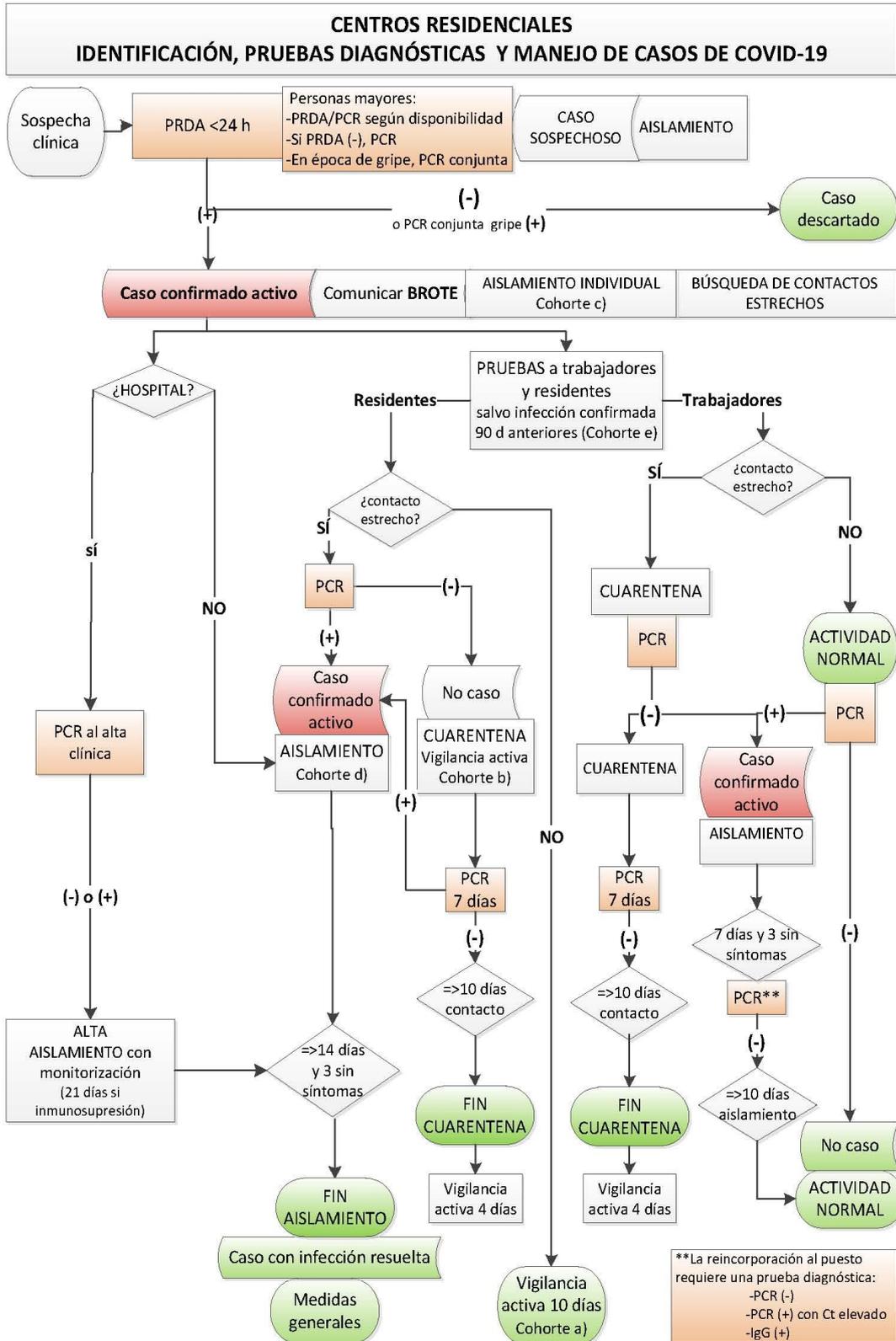
A los contactos estrechos residentes:

- 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 autoaislamiento, búsqueda de sus contactos y PCR.

Al finalizar la cuarentena podrán incorporarse al grupo a).



	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	Fecha: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

3.3.-AISLAMIENTO Y SECTORIZACIÓN

- Los residentes en aislamiento preventivo (grupos b, c y d) deberán permanecer en una habitación. Esta debe ser individual, en particular para los del grupo c), preferentemente individual para los grupos b) y de), o, si no es posible, donde se pueda garantizar una distancia mínima de 2 metros con el resto de convivientes. 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.
 - La ropa personal, ropa de cama, toallas... deberá ser de su uso exclusivo y cambiarse con frecuencia, especialmente si están húmedas.
- Llevar un registro de entrada y salida de las personas que accedan a la habitación.
- 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 que han tenido una infección confirmada por SARS-CoV2 en los 90 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 (a y e; b; c; d). 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.

	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	Fecha: 12/01/2021 Sustituye a: 27/10/2020
---	---	--

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

-La sectorización, en los grupos a) d) y e), se extenderá también en lo posible a las zonas comunes para su utilización por cada cohorte.

- Si es posible se mantendrán las actividades grupales para los grupos a) y e).

En el espacio destinado a su cohorte, o al aire libre dentro del recinto, se mantendrán paseos diarios fuera de la habitación, que serán individuales para las cohortes b) y c).

– 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 situación (e) y a) respectivamente) y se fomentará su ejercicio físico y la exposición al aire libre y al sol dentro del recinto (en jardines, terrazas, balcones...).

– Cuando no hayan aparecido nuevos casos en el centro durante 14 días (el brote ya no está activo, aunque sigue abierto):

– Si todos los casos habían sido reubicados fuera de la residencia, se pondrá fin en esta a la restricción de movilidad y visitas por el brote.

– Si no se habían reubicado, excepcionalmente la Comisión podrá autorizar:

-Visitas a residentes, extremando las medidas de precaución si:

-habían tenido una infección confirmada y resuelta por SARS-CoV2 en los 90 días anteriores a la declaración del brote

-para el resto de residentes, si el acercamiento es con cita previa para contacto visual, sin entrar en el edificio, sin contacto físico, y a través de mamparas, cristales u otras barreras físicas similares o con supervisión

-En residencias de menores y personas con discapacidad, salidas de residentes con acompañamiento profesional o familiar.

	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	Fecha: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

4. PRUEBAS EN RESIDENTES Y TRABAJADORES ASINTOMÁTICOS

A los trabajadores de los centros residenciales de personas mayores y con discapacidad y centros de día integrados físicamente en ellos se les realizará una **prueba PCR**:

- Cuando regresen de **permisos y vacaciones** durante un periodo mínimo de 14 días, y a los nuevos trabajadores/as que se incorporen una vez contratados, con 72 horas de antelación como máximo previo a su incorporación al trabajo. En la situación excepcional de que el resultado no esté disponible en la fecha prevista, se podrán incorporar, extremando las medidas de prevención.

Estudio de prevalencia en trabajadores de residencias de personas mayores y con diversidad funcional (cribado)²⁶

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

El criterio para incluir una residencia se establece según la situación epidemiológica del municipio y del departamento donde está ubicada. Se ha marcado 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).

Están excluidos de las pruebas los centros con un brote abierto o reciente y los trabajadores que hayan tenido una infección confirmada en los 90 días anteriores.

En los centros incluidos se realiza a los trabajadores una PCR; si es (-) se repite a los 14 días.

Cada 2 semanas se evalúa de nuevo para incluir las residencias que cumplan los criterios. Donde persiste la situación epidemiológica desfavorable, se repite el cribado.

Se registran los resultados y se evaluará su impacto en la infección.

Análisis de SARS-coV2 en aguas residuales de residencias de personas mayores y con diversidad funcional²⁷

En paralelo, se ha iniciado en diciembre 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 realiza una PCR a todos los trabajadores y residentes, siempre que el centro esté sin brote actual o reciente.

Solo se debe aislar a los residentes si el resultado de las PCR es (+).

En una primera fase se han tomado muestras de todas las residencias, independientemente de si tenían brote o no. Tras evaluarla, se ha iniciado la estrategia de seguimiento, con tomas de muestras semanales a partir de enero en las residencias sin brote abierto.

Se mantendrá una evaluación sistemática de los resultados de esta intervención.

²⁶ Estudio de prevalencia de COVID-19 en personal de centros residenciales de personas mayores y con diversidad funcional a 1/12/2020

²⁷ 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: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

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

INGRESO Y REINGRESOS EN UN CENTRO RESIDENCIAL SIN BROTE DE COVID-19

Se realizará una **prueba PCR**, con 72 horas de antelación como máximo, para el ingreso en un centro residencial sin brote de COVID-19 (sin brote ni sospecha de brote, o con brote cerrado), salvo a quienes hayan tenido una **infección confirmada** por SARS-CoV2 (por PDIA: PCR o PRDA) en los **90 días anteriores, que no requerirán pruebas ni aislamiento para el ingreso.**

Cuando el resultado sea **negativo**:

- 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, será necesario un aislamiento preventivo en el centro de 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 caso²⁸.
 - 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 el cuadro clínico, aunque la PCR siga siendo positiva, sin aislamiento salvo criterio clínico.

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

²⁸ Ver apartado 3.2

	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	Fecha: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

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.

Por razones sanitarias, para proteger del deterioro en la salud, se mantendrán en cualquier situación las salidas:

- Estrictamente necesarias por causa no demorable a criterio médico.
- De residentes que hayan tenido una infección confirmada por SARS-CoV2 (por PDIA: PCR o PRDA) en los 90 días anteriores, extremando las medidas de precaución.
- Las salidas terapéuticas de personas con descompensación neurocognitiva, con acompañamiento profesional.

Se procurará programar salidas terapéuticas de forma preventiva, preferiblemente a lugares abiertos, como parques y jardines:

-Tras las restricciones temporales de movilidad por cualquier causa²⁹ (brote, medidas adicionales por la situación epidemiológica o el nivel de alerta, aislamiento preventivo tras ingreso o salida del centro).

-Si el centro no dispone de espacios al aire libre.

Estas 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. Si existe una duda razonable de que durante la 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).

Tras una ESTANCIA 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, al 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 caso³⁰.
 - 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 EN UN CENTRO SANITARIO <12 HORAS por CAUSA DISTINTA DE COVID-19, no serán necesarias pruebas ni aislamiento.

²⁹ Ver en anexo II las medidas para mitigar las secuelas de la restricción de movilidad en residencias sin brote abierto

³⁰ Ver apartado 3.2

	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	Fecha: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

INGRESOS EN CENTROS RESIDENCIALES		
ORIGEN	PRUEBAS	AISLAMIENTO ³¹
Casos con infección confirmada por PDIA (PCR o PRDA) en los 90 días anteriores	NO	NO
Centro SIN BROTE de COVID-19	PCR máximo 72 h antes	NO
Domicilio particular	PCR máximo 72 h antes	10 días
Alta hospitalaria motivo NO COVID, SIN exposición	PCR máximo 72 h antes	NO
Alta hospitalaria motivo NO COVID, CON exposición	PCR máximo 72 h antes	10 días
SALIDAS DE CENTROS RESIDENCIALES		
TIPO	PRUEBAS	AISLAMIENTO
Casos con infección confirmada por PDIA (PCR o PRDA) en los 90 días anteriores	NO	NO
Con pernoctación	PCR máximo 72 h antes	10 días
Sin pernoctación	NO	NO
Estancia en centro sanitario >12 h motivo NO COVID, SIN exposición	PCR máximo 72 h antes	NO
Estancia en centro sanitario >12 h motivo NO COVID, CON exposición	PCR máximo 72 h antes	10 días
Estancia en centro sanitario <12 h	NO	NO

Quando se determine, tras las pruebas pertinentes o informe médico, que el residente ha tenido **INFECCIÓN CONFIRMADA** (por PDIA: PCR o PRDA) EN LOS 90 DÍAS ANTERIORES, no requerirá aislamiento ni pruebas en ingresos y salidas.

Los residentes y sus acompañantes, ante cualquier ingreso o salida de centros residenciales, deberán asumir 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 residencias³².

³¹ Ver condiciones del aislamiento en apartado 3.1

³² Ver apartado 2.1

	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	Fecha: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

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

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CASOS DE INFECCIÓN SARS-COV-2³³

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

-Según la información existente en el momento actual, las personas con sintomatología compatible con COVID-19 que ya han tenido una infección confirmada por PDIA de SARS-CoV-2 en los 90 días³⁴ anteriores no serán consideradas casos sospechosos de nuevo, salvo que clínicamente haya una alta sospecha. Sin embargo, los trabajadores de centros sanitarios y sociosanitarios, dada la vulnerabilidad de su entorno laboral, serán considerados sospechosos siempre que presenten sintomatología compatible³⁵. De igual modo, también serán considerados casos sospechosos las personas con condiciones clínicas que impliquen una inmunosupresión severa, siempre tras una valoración clínica.

Las siguientes definiciones se refieren a los casos con un primer episodio de infección documentada de SARS-CoV-2:

Caso probable

-Persona con infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico y radiológico compatible con COVID-19 y resultados de PDIA negativos

-Casos sospechosos con PDIA no concluyente.

-Casos con alta sospecha clínico-epidemiológica con PDIA repetidamente negativa (al menos una PCR) y serología positiva para SARS-CoV-2 realizada por técnicas serológicas de alto rendimiento.

Caso confirmado con infección activa

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

-Persona asintomática con PDIA positiva y con Ig G negativa en el momento actual o no realizada³⁶.

³³ Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19

³⁴ Esta valoración está en constante revisión, pero en el momento actual, según la información publicada por el ECDC (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-reinfection-sars-cov-2?s=08>), este periodo cubriría la mayoría de los casos de reinfección descritos.

³⁵ <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>.

³⁶ En un caso asintomático, una PDIA positiva se considerará infección activa a menos que se estuviera disponible la información sobre el umbral de ciclos (Ct) de la PCR y el estado serológico obtenido por serología de alto rendimiento. 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: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

Caso descartado

-Caso sospechoso con PDIA negativa y serología por técnicas serológicas de alto rendimiento negativa (si esta prueba se ha realizado) en el que no hay una alta sospecha clínico-epidemiológica.

Un resultado positivo de IgG por serología de alto rendimiento realizado en una persona asintomática se considerará una **infección resuelta**.

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.

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 servicio de prevención de riesgos laborales o el responsable que sea designado para ese fin.

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.

Contacto estrecho laboral: producido por motivo del trabajo o en el lugar de trabajo.

Por el momento, y según la evidencia actual, las personas que ya han tenido una **infección confirmada por SARS-CoV-2 en los 90 días anteriores** estarán exentas de realizar la cuarentena³⁷.

³⁷ Esta valoración está en constante revisión, pero en el momento actual, y según la información publicada por el ECDC (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-reinfection-sars-cov-2?s=08>), este periodo cubriría la mayoría de los casos de reinfección descritos.

	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	Fecha: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

GLOSARIO

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

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.

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.

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
- PCR: detección de ARN viral

	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	Fecha: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

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

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.
- 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.
- 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.
- 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 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.

	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	Fecha: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

– 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 solo se permitirá en la situación actual para prácticas que correspondan a la finalización de la formación: se recomienda su suspensión en centros ubicados en municipios con niveles de alerta 2 y 3.

– En cuanto a las **visitas:**

- Se limitarán las visitas como norma general a una persona por residente, o hasta tres si son convivientes, extremando las medidas de prevención (mascarilla, higiene, distancia), con una duración máxima de una hora al día y escalonadas a lo largo del día.
- Durante la visita se observarán las medidas de higiene y prevención, en particular la distancia de seguridad –sin contacto físico entre la persona residente y las personas visitantes–, la higiene de manos –se les proporcionará gel hidroalcohólico–, uso permanente de mascarilla y ventilación. Siempre que sea posible, la persona residente llevará mascarilla o protección frontal.
- 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.
- 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 videollamadas, incluso de residentes en aislamiento preventivo.
- Limitar al máximo las **salidas** de las personas residentes³⁸.

³⁸ Ver apartado 5

	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	Fecha: 12/01/2021 Sustituye a: 27/10/2020
---	---	--

– Para **mitigar las posibles secuelas** en la salud de la restricción de movilidad y social, en residencias **sin brote abierto**³⁹:

-Se realizarán actividades de convivencia y otras, visitas y salidas, con condiciones de higiene y seguridad, según la normativa estatal y autonómica y las instrucciones de la VICIPI.

-Se fomentará el ejercicio físico y la exposición al aire libre y al sol mediante paseos terapéuticos y otras actividades pautadas.

-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.

– 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-19⁴⁰ y facilitar una copia a la Comisión.

³⁹ Ver las medidas para mitigar las secuelas de la restricción en residencias con brote abierto en el apartado 3.3

⁴⁰ Resolución de 5 de enero 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: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

MEDIDAS GENERALES PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

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 Sanidad⁴¹.

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.
 - Antes de colocarse el EPI y después de su retirada.
- Los trabajadores se deben colocar una mascarilla quirúrgica durante toda la jornada laboral.

⁴¹ Ver Procedimiento de actuación para los SPRL frente a la exposición al SARS-CoV-2

	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	Fecha: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

- 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 expuestos⁴². 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 ⁴³ Mascarilla sin válvula, FFP2 Guantes Gafas de montura integral o pantalla facial
	Atención directa a residentes COVID en procedimientos que generan aerosoles ⁴⁴ , 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 (grupo b)	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 (grupo a) -Infección resuelta en 90 días anteriores (grupo e)	Personal sanitario y no sanitario	Mascarilla quirúrgica Guantes Durante tareas con riesgo de salpicaduras de sangre, fluidos biológicos, secreciones y excreciones, bata

⁴² Procedimiento de actuación para los SPRL frente a la exposición al SARS-CoV-2

⁴³ Si la bata no es impermeable y hay posibilidad de salpicaduras o contacto con secreciones, delantal de plástico

⁴⁴ 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: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

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.	
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: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

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: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

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: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

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: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

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 24-48h 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

	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	Fecha: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

para facilitar el desarrollo y asunción del duelo. Durante la visita, se proporcionará un dispositivo Smart (preferentemente Tablet) 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.

Las personas que acudan 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 del SARS-CoV-2.

	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	Fecha: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

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 G1⁴⁵.
- Se realizará PCR a todas las personas residentes y trabajadoras.
- Se determinarán los 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 sectorización:
 - tipo a) sin síntomas de sospecha ni indicación de cuarentena (ni casos ni contactos estrechos después de PCR)
 - tipo b) sin síntomas en aislamiento preventivo (cuarentena) por contacto estrecho
 - tipo c) con sintomatología compatible (en aislamiento siempre individual, hasta la confirmación del diagnóstico)
 - tipo d) casos confirmados activos (en aislamiento individual si es posible)
 - tipo e) personas que han tenido una infección confirmada por SARS-CoV2 en los 90 días anteriores
 - 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 de los grupos a) y e).
- 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 de los grupos a) y e)
 - 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

⁴⁵ Ver apartados 2.3 y 2.5 (excepto en lo relativo a visitas, salidas e ingresos)

	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A LA COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	Fecha: 12/01/2021
		Sustituye a: 27/10/2020

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 los trabajadores de los centros de día integrados físicamente en una residencia se les realizará una prueba PCR:

- Cuando regresen de permisos y vacaciones durante un periodo mínimo de 14 días, y que se incorporen, con 72 horas de antelación como máximo previo a su incorporación al trabajo. En la situación excepcional de que el resultado no esté disponible en la fecha prevista, se podrán incorporar, extremando las medidas de prevención.

Cuando no se pueda garantizar la separación entre los trabajadores del centro de día y la residencia, se recomienda, en los municipios en nivel de alerta 2 y 3, extremar las medidas de separación entre residentes y usuarios externos o suspender la actividad del centro de día para estos últimos.

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

- Se cerrará el centro de día durante 14 días.
- Se identificarán los contactos estrechos y se les realizará PCR.
- En la residencia anexa, si no se ha garantizado la separación de personal y usuarios respecto al centro de día, se identificarán los contactos estrechos y se les realizará PCR.

ACTUACIÓN EN CENTROS DE DÍA NO ANEXOS A RESIDENCIA DE MAYORES⁴⁶

Si aparece un caso de COVID-19, se aplicará a los casos y contactos estrechos el procedimiento general⁴⁷. 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 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.
- Se identificarán los contactos estrechos.

⁴⁶ 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.

⁴⁷ Casos y contactos de COVID-19. Identificación, diagnóstico, seguimiento y cribado. Recopilación